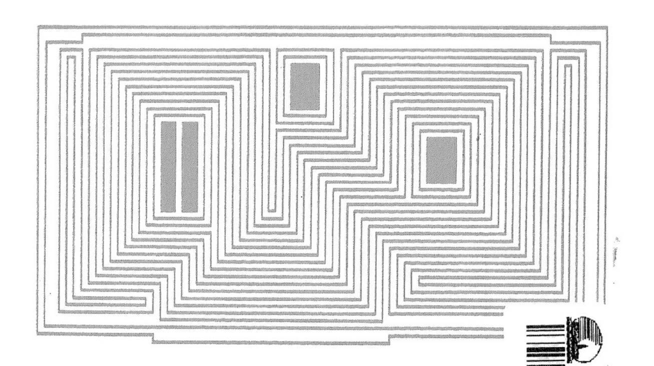
الدكتور محمد أحمد النابلسي

نحو سيكولوجيا عربية





دار الطليعة - بيروت

نحو سيكولوجيا عربية

بيروت ـ لبنان
ص. ب ١٨١٣ ـ ١١
تلفون ٣١٤٦٥٩
فاكس: ٣٠٩٤٧٠ـ١ـ ٩٦١

الطبعة الأولى
تشرين الثاني (نوفمبر) ١٩٩٥

نحو سيكولوجيا عربيّة

الدكتور محمد أحمد النابلسي
مُدير مركز الدراسات النفسيّة - لبنان

دار الطّليعة للطّباعة والنشر
بيروت

المقدمة

قد تكون العلوم النفسية موغلة في القدم وقد يكون التراث الإنساني غنياً من الناحية الوصفية. لكن تحول هذه الظواهر الموصوفة إلى علوم هو تحول حديث، إذ اضطر فرويد في بداياته إلى مناقشة هذا التحول في أوائل كتاباته والمعنون بـ نحو علم نفس علمي.

فصحيح أننا نجد وصفاً دقيقاً لمرض الفصام في النصوص الهندية القديمة، كما هو صحيح أن مصطلح الهيستيريا يعود إلى عصر أبقراط، عداك عما يحتويه تراثنا العربي من خطوات تجريبية في الميدان، لكن دخول معاناة النفس الإنسانية في ميدان وضمن مسؤوليات العاملين في علوم الشفاء هو دخول تأخر لغاية منتصف القرن الماضي.

في عالمنا العربي كان دخول هذه العلوم، بثوبها العلمي، دخولاً خجولاً إذ تأخر الإعلان عنه لغاية تضافر جهود وطموحات أستاذين كبيرين هما مصطفى زيور ويوسف مراد. عندها فقط ظهرت إلى حيِّز الوجود أولى كليات علم النفس في العالم العربي، وكان ذلك في العام ١٩٥٢ وفي جامعة عين شمس. هؤلاء الرواد الأوائل عملوا على إيجاد سيكولوجيا في العالم العربي. ثم حاولوا لاحقاً استخدام مناهج هذه العلوم لدراسة المواضيع الخاصة بمجتمعنا العربي. حتى إذا انتصفت الخمسينات قام الدكتور محمد عثمان نجاتي بالمشاركة في الجمعية العالمية لعلم النفس عبر الحضاري، لكن هذه المشاركة توقفت بسبب العدوان الثلاثي على مصر في العام ١٩٥٦.

منذ ذلك الحين ومع اتساع المد القومي توالت الدعوات إلى إرساء سيكولوجيا عربية. إلا أن غالبية هذه الدعوات انطلقت من دراسة الشخصية العربية فاتسمت بعمومية ذات طابع فلسفي ينسجم مع امتزاج دراسة الفلسفة بدراسة العلوم النفسية. حتى بدت هذه الدعوات وكأنها إصرار على إخراج هذه العلوم من علميتها المكتسبة حديثاً. بل إنها بدت وكأنها نوع من أنواع الاحتجاج النرجسي المستند على النكوص إلى التراثيات والسلفيات أكثر منها دعوات إلى سيكولوجيا علمية عربية. فالمدقق في هذه الدعوات يمكنه ملاحظة اشتراكها في عدد من العثرات المنهجية ومنها:

أولاً ـ هل يمكن لشخص مهما بلغ حماسه وسعة إطلاعه أن يقوم منفرداً بتحليل شخصية أمة كاملة متكاملة؟ في حين يتجه الباحثون المحدثون إلى اعتماد مبدأ «مجموعة بالينت»، حيث يقوم كل معالج بعرض وجهات نظره ومنهجه في علاج الحالة التي يهتم بها، وحيث يقوم أعضاء المجموعة بتصحيح مسار العلاج الذي يعتمده هذا المعالج؟

ثانياً ـ هل يمكننا المزج بين المنهج وبين الموضوع في ميدان العلوم الإنسانية وخصوصاً النفسية، في

حين تقوم دراسات عالمية عبر حضارية بالعمل على تصنيف المواضيع بحسب الثقافات؟

ثالثاً ـ هل يمكننا اعتماد المنهج بدون إدخال تعديلات عليه، في حين يصرّ النفسانيون الإنجليز على إعادة تقنين الاختبارات الأميركية قبل تطبيقها في عياداتهم؟

رابعاً ـ هل يمكن لمدرسة علمية ذات امتداد عبر عربي أن تقوم على جهود أفراد وجماعات من تلامذتهم؟ إن الفرد وتلامذته قد ينجحون في إرساء تيار بحثي في اتجاه معين، لكنهم يفشلون حكماً في التأسيس لمدرسة علمية بالمعنى المقصود بشعار «سيكولوجيا عربية».

خامساً ـ هل يعقل أن ندرك تمايزنا واختلافنا بمعزل عن الآخر، خصوصاً وأن الذات تتموقع نسبياً معتمدة على الآخر؟ فهل يمكن الكلام عن سيكولوجيا عربية بدون مشاركة عربية في الدراسات والتجارب عبر الحضارية؟

سادساً ـ هل يمكن لمدرسة علمية أن تقوم على أيدي غير المتخصصين أو أصحاب الاختصاصات الموازية؟

سابعاً ـ في غياب المؤسسات العربية الجامعة هل يتورط الأفراد في مشاريع هي ألصق بالاحتجاج النرجسي منها بالموضوعية العلمية؟

لا أستطيع وزملائي في مركز الدراسات النفسية أن ندّعي شرف فكرة الدعوة إلى سيكولوجيا عربية. بل إننا لم نجرؤ على هذه الدعوة. فقد اكتفينا بعنوان «نحو علم نفس عربي» للمؤتمر الأول للمركز (١٩٩٢)، وبعنوان «مدخل إلى علم نفس عربي» للمؤتمر الثاني للمركز (١٩٩٤). ثم سعينا إلى تجاوز ما استطعنا إدراكه من عثرات الدعوات المطروحة عن طريق توجيه الخطاب إلى الزملاء العرب كافة، متخذين لذلك المنابر الثقافية والفكرية المعروفة في عالمنا العربي. فإذا ما اكتملت لدي سلسلة من هذه الآراء جمعتها في هذا الكتاب الذي آمل مع زملائي في المركز أن يشكّل قناة اتصال متخصصة مع الزملاء العرب.

فصول هذا الكتاب سبق لها وأن نشرت في مجلات: ١ ـ **دراسات عربية**، ٢ ـ **الثقافة النفسية**، ٣ ـ **الدفاع الوطني**، ٤ ـ **المعرفة**، وغيرها من المجلات العربية. كما أن بعضها كان قد ألقي في مؤتمرات مختلفة منها: ١ ـ المؤتمر العالمي لحل الصراعات (القاهرة ١٩٩٤)، ٢ ـ اتحاد الكتاب العرب (١٩٩٣)، ٣ ـ مؤتمر الكويت لاضطرابات الشدة عقب الصدمية (١٩٩٤)، ٤ ـ «نحو علم نفس عربي» و«مدخل إلى علم نفس عربي» (١٩٩٢ ـ ١٩٩٤).

وهكذا، فإن مجمل محتويات هذا الكتاب هي أفكار أولية لا يمكنها أن تتشكل في قالب فكري ـ علمي إلا من خلال توسيع حلقة النقاش حتى تشمل وجهات النظر المختلفة بعيداً عن الأسر العقلي وعن التمرد النرجسي.

د. محمد أحمد النابلسي
أستاذ في الطب النفسي

الفصل الأول
قضايا أولية ومداخل أساسية

١ - نحو ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس

إن الانتقادات الموجهة للطب النفسي من قبل معاديه هي انتقادات تتسم ببعض الجوانب الموضوعية. وفي هذه الجوانب دون غيرها يلتقي معادو الطب النفسي مع عدد من المفكرين وفي طليعتهم الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو، الذي يحدد هذه الجوانب في كتابه مولد العيادة، كما يلتقي هؤلاء مع عدد من الأطباء النفسيين وعلماء النفس.

وإيضاحاً لهذه الجوانب، التي تشكّل نقاط الضعف في الممارسة النفسية ـ العيادية المعاصرة، نقول إن التصنيفات المرضية، المعتمدة في العيادة النفسية، هي تصنيفات تستند إلى المظاهر المرضية المتبدية على المريض. وهكذا فإن هذه التصنيفات تهمل إهمالاً شبه تام الطريقة الذاتية، الخاصة بكل مريض على حدة، التي يعايش فيها المريض هذه المظاهر. ولنأخذ مثلاً عارض الهلوسة. إننا نلاحظ بأن كل مريض يهلوس على طريقته الخاصة، بحيث تتدخل عوامل عديدة، مثل الثقافة والتربية والمحيط والدين وغيرها، في تحديد نوعية الهلوسات كما في طريقة تعايش المريض مع هذه الهلوسات. وهذه أمور لا تأخذها تصنيفات الطب النفسي بعين الاعتبار.

على هذا الأساس وُجهت انتقادات عديدة للطب النفسي ولتصنيفاته، وذلك بسبب عدم مراعاتها للظروف الذاتية للمرض. ولكن هذه الانتقادات لا بد لها وأن تصبح أكثر حدة عندما يمتد الإهمال ليطال مجتمعات بأسرها، يصل عدد أفرادها إلى مئات الملايين أحياناً. ذلك أن المعايشة الذاتية إن هي إلا انعكاس لمعايشة المحيط للمرض والمريض. وبالتالي فإن إهمال هذه المعايشة إنما يستتبع معه إلغاء المحيط واللاوعي الجماعي وإجبار المريض والمحيط على التسليم بأسلوب ميكانيكي لمعايشة المرض. هذا الأسلوب الذي لا يراعي عوامل اللاوعي الجماعي، مثل الدين والتقاليد والأعراف... إلخ، بحيث نرى أن العديد من أفراد هذه المجتمعات يرفضون الطب والعلاج النفسي رفضاً دفاعياً يهدف إلى الاحتفاظ بهويتهم الذاتية وحقهم بالمعايشة الذاتية.

بادىء ذي بدء نود التأكيد على معارضتنا لمبادىء معاداة الطب النفسي Antipsychiatrie ورفضنا لجميع محاولات تسييس العلوم وعلى الأخص الطبية منها. ونحن إذ نعرض لهذا الموضوع فإنما

يقتصر عرضنا على شرح وجهة نظرنا حول ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس. وهذه الدعوة، التي تبعد كل البعد عن مظاهر التمرد النرجسي، إنما تهدف إلى إرساء التصنيفات والقواعد النفسانية التي تراعي خصائص الإنسان العربي سواء في صحته أو في مرضه.

مبررات الدعوة إلى قيام المدرسة العربية:

لا بد لنا من عرض بعض المبررات والأسباب الموضوعية التي تدعم الشعور بضرورة قيام المدرسة النفسية ـ العربية. وفيما يلي نسرد عدداً من هذه المبررات، دون أن يعني ذلك أن ما نعرضه يمثل كل المبررات. بل إن هذا العرض يمثل خلاصة تجربتنا التي نتوق إلى جمعها ودعمها بتجارب الاختصاصيين العرب في هذا المجال. ونبدأ بـ:

١ ـ تعريف الشخصية المرضية والتفريق بينها وبين الشخصية السوية:

إن أية محاولة لتعريف الشخصية لا بد لها وأن تصطدم بالعديد من الصعوبات سواء من حيث صعوبة تعميم هذا التعريف أو من حيث صعوبة تكوين عناصر هذا التعريف. وهذا التعريف، أو محاولة التعريف، للشخصية الإنسانية ليس قسراً على العاملين في مجال علم النفس وإنما يتعدى الاهتمام به علم النفس إلى العديد من العلوم الأخرى. فها هو غوته يعتبر: «أن المعرفة العلمية للنفس الإنسانية هي أرقى حدود المعرفة الإنسانية». وتتراوح المواقف بين تشاؤم نيتشه وبين اكسيولوجية بروتاغوراس. إذ يعتبر نيتشه بأن الإنسان هو حيوان لن نصل يوماً إلى معرفته وتعريفه، في حين يقول بروتاغوراس إن الإنسان هو المقياس في جميع الأعمال. ومن هذه المواقف المختلفة ينبع السؤال: كيف يمكننا قياس ما لا يُقاس؟

والواقع أن جهود العلماء والمفكرين استطاعت أن تتوصل إلى إرساء بعض مبادىء تعريف الشخصية. ولعل أوضح هذه المبادىء هي:

(أ) أن الشخصية هي تصور كلي متكامل، بمعنى أنها بنية ذاتية خاصة بالشخص.
(ب) لكل شخصية ديمومتها وديناميتها واقتصادها الخاص بها.
(ج) أن الشخصية تخضع لعوامل المزاج العاطفي في تنظيمها.
(د) لكل شخصية سلوكها الواعي وخصائصها اللاواعية.
(هـ) تتألف الشخصية من مجموعة من العناصر المختلفة المنشأ.

وكما هو ملاحظ فإن مبادىء التعريف هذه تبقى على درجة من الغموض. وهكذا فإننا نوجز وباختصار بالغ التعريف المقتضب للشخصية، وهو تعريف تقبله الغالبية العظمى من الأطباء النفسيين، وهو التالي: «إن الشخصية السوية هي تلك الشخصية التي تساعد صاحبها على التكيّف مع محيطه الاجتماعي، والتوصل إلى السعادة، دون أن يؤدي ذلك إلى شقاء الشخص أو إلى إشقاء محيطه».

ولكننا إذا ما أخذنا بعين الاعتبار الأزمات الفكرية ـ الإنسانية، المتعاظمة مع تقدم البشرية، لرأينا أن هذا التعريف يتسم بالكثير من السطحية. ولسنا في مجال مناقشة مدى كون المحيط طبيعياً في أجواء الحرب والتنافس الحضاري ـ العدائي. لذلك فإننا نقصر بحثنا تحديداً على مسألة الاختلافات

الجذرية في التقاليد والأعراف والأديان. ففي هذه الحالة يمكن للطبيب النفسي المنتمي إلى مجتمع متطور علمياً وصناعياً أن يضع تشخيصاً من نوع التخلف العقلي، أو اضطراب الشخصية أو حتى الذهان لغالبية أعضاء المجتمعات النامية، وذلك وصولاً إلى الحديث عن الجنون الجماعي أو المجتمعات المجنونة. هذا علماً بأن كل فرد من هؤلاء يكون قادراً تمام القدرة على التكيف مع محيطه والتعاطي معه على أسس سليمة وصحية.

وعلى هذا الأساس فإننا عندما نصنف تصرفات الإنسان الغربي من منطلق التقاليد والأعراف العربية فإننا نجد بأن هذا الإنسان مضطرب سلوكياً وأخلاقياً. والعكس صحيح، فعندما يقيس الغربي الشخص العربي فإنه يجده أيضاً مضطرباً وللأسباب عينها! فمن جهة يحكم العربي باضطراب سلوك الغربي لأنه يتعاطى الخمر ويساهم في التفكك العائلي ويرتكب العديد من الممارسات غير اللائقة. والغربي بدوره يحكم باضطراب سلوك العربي لأنه لا يقوم بمثل هذه الممارسات. بهذه الطريقة المبسّطة نكون قد أوجزنا نقطة أساسية في الاختلاف الذي يؤكد ضرورة وجود المدرسة العربية للطب النفسي. فنحن إذا ما اعتمدنا المقاييس الغربية لتعريف الشخصية المرضية لخرجنا بنتيجة مفادها أننا كلنا مضطربو الشخصية! لقد آن الأوان لنضع أسس هذه المدرسة الكفيلة بوضع حدٍ للاتهامات الموجهة بشكل جماعي وعام دون ملاحظة الفوارق الاجتماعية والدينية والاثنية. وسنورد لاحقاً العديد من الأمثلة على ذلك.

٢ ـ اختلافات المدارس القائمة:

إن العيادات الغربية بعيدة عن الصعوبات التي تصادفها العيادة العربية النفسية، وذلك بسبب أن المجتمعات الغربية تملك مدارسها الخاصة، وبالتالي تقنينها لأسس التشخيص وتطويع المبادىء العلمية لحيثيات الممارسة. وهكذا فإن مشاكل العيادة العربية إنما تنبع من عدم توافر الأجواء اللازمة لهذه التقنينات ولهذا التطويع. ولكي نوضّح هذه الفكرة سنأخذ مثلاً إشكاليات تطبيق مبادىء التحليل النفسي، هذه المبادىء المتمتعة بصفات علمية وخصائص بالغة الفائدة في العيادة النفسية. فنرى أن المجتمعات الغربية أدخلت العديد من التعديلات على المبادىء الفرويدية، بحيث تمكنت من تطويع التحليل وجعله صالحاً للتطبيق في عياداتها. فرأينا كارين هورني وهي تعدل التحليل لتركز على أهمية الأمومة ودورها بما يتناسب مع المجتمع المسيحي الممتاز بأموميته وبدور فاعل للمرأة فيه. وذلك يتعارض مع التحليل الفرويدي المنبثق من مجتمع يهودي يمتاز بهيمنة الأب والرجل عموماً.

أما في عيادتنا العربية فإن أية محاولة لتعريب التحليل لم تقم بعد. فبعد حوالى القرن على ظهور التحليل النفسي فإن الجهود العربية لم تتعدّ ترجمة بعض الكتب لفرويد وغيره من مشاهير المحللين. وإذا كنا نحيّي هذه الجهود فلا بد لنا من الإشارة إلى أن بعض هذه الترجمات رديء إلى حدٍ بعيد. ومنعاً لأي التباس فإننا نوجه خالص إعجابنا وتقديرنا إلى الأساتذة الكبار من أمثال زيور ومخيمر وعلي. . . إلخ. ونشكرهم على ترجماتهم الفائقة الدقة. ولكن هذه الترجمات غير كافية لتطبيق التحليل واستغلاله في علاج المرضى العرب.

على أن إشكالية الممارسة النفسية في مجتمعات مختلفة ليست بالجديدة. فقد لفتت نظر العديد من العلماء والباحثين النفسيين، وخاصة بعد ملاحظة العوامل التالية:

١ ـ اختلاف نسب الانتحار من مجتمع لآخر ومن دين لآخر.
٢ ـ اختلاف نسب إدمان الكحول باختلاف الأديان والمجتمعات والظروف الاقتصادية.
٣ ـ اختلاف نسب الإصابة بالأمراض النفسية من بلدٍ لآخر.
٤ ـ تأثير المستوى الحضاري في تحديد نسب الإصابة بالعديد من الأمراض النفسية.
٥ ـ وجود فوارق أكيدة بين احتمالات إصابة أعراق معينة بأمراض نفسية معينة.

بناء على هذه العوامل وكثير غيرها انطلقت دعوات عديدة لمحاولة إيجاد تصنيف دولي للأمراض النفسية، وذلك بهدف توجيه الجهود وتدعيم إمكانيات العلاج النفسي. وعلى الصعيد العالمي نلاحظ وجود تصنيفين أو مدرستين كبيرتين تسعيان وتتسابقان في سبيل هذه الأهداف. وهاتان المدرستان هما:

(أ) تصنيف منظمة الصحة العالمية:

في تصنيفها تعتمد منظمة الصحة العالمية مبدأ الربط بين المرض النفسي أو العقلي من جهة وبين الأسباب المؤدية إليه من جهة أخرى. وعلى هذا الأساس فهي تقسّم الأمراض النفسية على النحو الآتي:

١ ـ الحالات الذهانية ـ العضوية: وهي تلك الناشئة عن أعطال الشرايين الدماغية بسبب الشيخوخة أو غيرها. وأيضاً الحالات الناجمة عن التسمم بالكحول أو بالمخدرات أو عن الرضوض الدماغية أو غيرها من الإصابات العضوية.

الحالات الذهانية الأخرى: وهي تلك الحالات التي لم يتم إيضاح أسبابها بشكلٍ وافٍ ومنها الفصام، الذهانات الطبائعية، الحالات الهذيانية والذهانات غير العضوية.

٣ ـ الاضطرابات العصابية ـ اضطرابات الشخصية وأخرى غير ذهانية.

٤ ـ التخلف العقلي.

وبالرغم من الجهود الحثيثة المبذولة لإرساء هذا التصنيف وتطويره فإنه لا يزال عاجزاً عن تحقيق الهدف منه، وهو لعب دور التصنيف المتبع عالمياً. وفي طليعة أسباب هذا العجز جهل الأطباء لآليات حدوث الأمراض النفسية وذلك بسبب جهلهم لكيفية عمل الدماغ وكيفية تأثير الإفرازات الغددية ـ الهرمونية على الصعيدين العضوي والنفسي.

(ب) تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي:

على عكس سابقه يعتمد التصنيف الأميركي مبدأ مراقبة المظاهر المرضية، فيقسّم الأمراض النفسية على النحو التالي:

١ ـ اضطرابات الطفولة والمراهقة، وتتراوح بين نقص الانتباه والتخلف العقلي.

٢ ـ الاضطرابات العقلية ـ العضوية، ويقسّم التصنيف الأميركي هذه الاضطرابات إلى نوعين: الأول ويتكون من الاضطرابات العقلية ـ العضوية ذات المنشأ المعروف؛ والثاني من الاضطرابات العقلية ـ العضوية غير محددة المنشأ. وفي هذا الباب تُصنّف الاضطرابات التالية: الإدمان، الفصام، العظام، الاضطرابات الوجدانية، حالات القلق، الاضطرابات النفسية المنعكسة على الصعيد

الجسدي، الاضطرابات المصطنعة، اضطرابات التكيف، اضطرابات الشخصية... الخ.

وكما رأينا فإن هذا التصنيف لا يخصص أبواباً منفردة للأعصبة، وإنما يدرجها في أبوابه المختلفة تبعاً للمظاهر النفسية المرافقة لها.

وهذا التشخيص وإن كان ظواهرياً إلا أنه يتسم بالعملية وبقابليته للتطبيق الميادي. ولهذه الأسباب فإننا نرى غالبية الأطباء النفسيين في العالم (٦٠٪ منهم) يتبعون هذا التصنيف، خاصة وأن إدراج حالة مرضية ما في هذا التشخيص يعتمد على مبدأ الأخذ بعين الاعتبار للعديد من العوامل الذاتية للمريض. فالتشخيص الأميركي للحالات النفسية يعتمد على المحاور الآتية:

- المحور الأول: التشخيص الطبي - العقلي بمعنى الكلمة.

- المحور الثاني: تحديد نمط الشخصية واضطراباتها. وأيضاً تحديد اضطرابات النمو لدى الطفل.

- المحور الثالث: تشخيص الأمراض غير النفسية (الجسدية المصاحبة للاضطراب).

- المحور الرابع: تقييم دور الصدمات والعوامل النفسية في نشوء الحالة.

- المحور الخامس: تقييم مستوى قدرة المريض على التكيف الاجتماعي. وتحديد أعلى مستوى للتكيف تمكّن المريض من بلوغه في العام السابق لظهور الاضطراب.

بعد هذا العرض المقتضب نلاحظ الاختلافات الأساسية، في المنطلقات والنظريات والتطبيقات، بين كبريات المدارس النفسية العالمية. وهذا الوضع ينعكس سلباً على المريض العربي، انعكاساً يطرح معه عدة إشكاليات أهمها:

١ - أية مدرسة أو تصنيف نعتمد؟

٢ - يتوزع الأطباء العرب على هذه المدارس كافةً وبنسب متقاربة. وفي غياب وجود التصنيف العربي ألا يكون مريضنا عرضة لتعدد التشخيصات واختلافها؟

٣ - لدى تشخيصنا لاضطرابات الشخصية، هل نستطيع اعتماد عناصر تشخيص أية مدرسة من هذه المدارس؟

٤ - هل يؤدي اتباع الأساليب الغربية في التشخيص والعلاج إلى بعض المواقف التي تتعارض أحياناً مع أعرافنا الاجتماعية؟

٥ - هل يؤدي التعارض المشار إليه أعلاه إلى إحداث مواقف شبه جماعية تعارض مبادىء الطب والعلاج النفسيين؟

٦ - هل يساهم هذا الوضع في دفع المريض العربي نحو العلاجات غير الأكيدة وأحياناً نحو المشعوذين؟

إن الجواب على هذه الأسئلة وكثير غيرها إنما يقتضي قيام المدرسة العربية النفسية التي تراعي في تصنيفها الظروف الاجتماعية والعرقية والدينية والتي تراعي في أساليبها العلاجية مبادىء اللاوعي الجماعي العربي.

٣ ـ العرب ومعاداة علم النفس:

قد يقول قائل إن العياديين العرب ينجحون عادة في علاج الحالات المعروضة عليهم، وذلك عن طريق اتباعهم للأساليب والمدارس الغربية، وإن نسبة نجاحهم في ذلك توازي النسبة التي يحققها الأطباء الغربيون. وبالتالي فإن الحل لا يكمن في إنشاء المدرسة العربية وإنما يكمن في تثقيف المواطن ودفعه للتوجه نحو العلاج.

من طرفنا فإننا لا ننكر موضوعية هذا الطرح وأهميته بل وفاعليته، وذلك لدرجة الاقتناع التام بضرورة تحقيق هذه الخطوة والمساهمة في ذلك. ولكننا نسأل هؤلاء: هل يشكّل طرحهم هـذا حلاً جذرياً للأزمات المعروضة أعلاه؟

إن الجواب الموضوعي على هذا التساؤل هو لا بالتأكيد. ونحن إذ نؤجل عرض الأدلة والبراهين العيادية الدافعة إلى فقرة لاحقة فإننا نذكّر بأن العرب كانوا من أوائل الأمم التي أرست مبادىء علم النفس والطب النفسي. فمن علم الفراسة إلى علم الاجتماع إلى العلوم الطبية عمل العرب وأرسوا مبادىء لا تزال متبعة لغاية يومنا الحاضر. ولنأخذ مثلاً تجربة ابن سينا عندما ربط حملاً وذئباً الواحد منهما بقرب الآخر لكن دون أن يستطيع أحدهما ملامسة الآخر، فكانت النتيجة موت الحمل بسبب الإرهاق النفسي. ألا تعتبر هذه التجربة بمثابة الأساس النظري لما يسمى اليوم بالبسيكوسوماتيك؟

وهكذا فإننا لا نستطيع اتهام العربي بالميل الفطري إلى معاداة العلاج النفسي المعتمد على الطرق العلمية والتجريبية. وعليه فإن هذه المعاداة إنما هي وليدة إحساس العربي بأن هذه العلاجات إنما تستند إلى نظريات وأسس لا تحترم تقاليده وأعرافه. ولذلك فإنه ميال دوماً إلى الهرب أو التهرب منها. ومن هنا نلاحظ بأن مريضنا غالباً ما يصل إلى العيادة النفسية بعد استنفاده لوسائل العلاج الأخرى كافة وبعد استنفاد عائلته لقدرتها على الصبر وعلى تحمل اضطرابه. وهكذا فإن عدائية العرب للطب النفسي ولعلم النفس إجمالاً إنما تنبع من إحساسهم العميق بأن هذه العلوم إن هي إلا مشاريع غربية قد تكون نافعة لهم ولكنها تنتزع منهم هويتهم الذاتية، ومن هنا واجب معاداتها وبـالتالي عـدم التوجـه نحو العلاج.

فالحل إذاً لا يكمن في التثقيف وحسب، وإن كان هذا التثقيف خطوة أساسية على الدرب.

٤ ـ طريقة العرب في معاداة علم النفس:

إن وصف الممارسات العربية في العلاج النفسي بالبدائية أو بالمتخلفة لا يستطيع أن ينزع عن هذه الممارسات فعاليتها العلاجية. فهذه الطرق إنما تتبع مبدأ الإيحاء Suggestion، وهو المبدأ الذي تتبعه العديد من المدارس العلاجية الحديثة. ولذلك يجب ألا نفاجأ عندما نرى نجاح هذه الممارسات في علاج الحالات الناجمة عن الصراعات التكيفية. ومن المهم الإشارة في هذا المجال إلى الإقبال الغربي الحديث على دراسة العلاجات المسماة بالبدائية، وذلك بدءاً بالعلاج عن طريق الأعشاب، وصولاً إلى العلاج بالموسيقى والتأمل والصوفية... إلخ.

وإذا كان من السهل على الباحث الغربي عامة الهزء بهذه الممارسات ووصفها بالمتخلفة، فإننا لا بد وأن ننظر إليها نظرة أكثر موضوعية محترمين إمكانياتها في تحقيق شفاء بعض الحالات. وهذه النظرة

الموضوعية تتلخص بأن نقف من هذه الممارسات موقف التقييم العلمي ـ الموضوعي، فإذا ما ثبتت نتائجها وجب علينا العمل على تشجيعها وتوجيهها وتطويرها. وباختصار فإن علينا إما تطوير هذه الممارسات في حال ثبات فاعليتها أو إلغاءها في حال عدم ثبات هذه الفعالية. وعلى أية حال فإن بقاء هذه الممارسات العلاجية في شكلها الحالي هو أمر مرفوض لأنه يتسبب في العديد من المشاكل والأخطار، وفي مقدمتها تأخير علاج المرضى الذهانيين. فمن الثابت علمياً أن الطرق الإيحائية عامة غير فاعلة في علاج الذهانات. كما أنه من الثابت أيضاً أن مستقبل الذهانيين يكون أفضل كلما تم علاجهم بطريقة أسرع وأمضى.

وبما أننا نتوخى الإيجاز فإننا، ومنعاً لاحتمالات اللبس، نؤجل مناقشة تفاصيل هذا الموضوع إلى فصل لاحق.

٥ ـ الأخطار والخسائر الناجمة عن غياب المدرسة العربية:

إن عدم بروز هذه الأخطار لا يعني مطلقاً ندرتها. فالخسائر الناجمة عن غياب هذه المدرسة هي أكثر من أن تحصى. فهي تصل إلى حدٍ تمتد معه إلى ميادين متشعبة تصعب علينا مناقشتها لأنها خارجة عن الإطار النفسي البحت. وفيما يلي نعرض لما يسمح به المجال من أهم أخطار غياب هذه المدرسة ونبدأ بـ:

(أ) الترجمات الضارة:

إن غياب المدرسة العربية يستتبع معه غياب تحديد الحاجات الفعلية للترجمات اللازمة في المجال النفسي. وهذا الوضع ينعكس سلباً على صعيد الثقافة النفسية كما على صعيد أخطاء العلاج الذاتي الذي لا يفتأ ينتشر في شتى المجتمعات. وعن هذه الأوضاع تنجم مشاكل عديدة يُمكن تلخيصها على النحو التالي:

١ ـ وجود عدة ترجمات رديئة للكتاب نفسه، السهل التسويق، مع غياب ترجمات بعض أمهات الكتب والمراجع النفسية، مما يؤدي إلى إرباك القارىء العربي وتشويش معلوماته وحرمان المكتبة العربية من عدد من المراجع الأساسية.

٢ ـ إن رداءة الترجمات إنما تنبع من واقع أن مترجميها ليسوا بالاختصاصيين. وذلك إضافة إلى غياب مبدأ مراجعة هذه الترجمات. والهدف من ذلك هو التقليل من كلفة الكتاب حتى يتمكن من المنافسة.

٣ ـ اختلاف التعابير والمصطلحات العلمية من بلدٍ لآخر ومن مترجمٍ لآخر. فمنهم من يستخدم مثلاً كلمة اللاشعور وآخرون اللاوعي وغيرها من المرادفات التي من شأنها تشويش فهم القارىء للنصوص.

٤ ـ عدم وجود المراكز الثقافية ـ النفسية التي من شأنها أن تقوّم جودة الترجمات وأن تُعلم القارىء بوجود هذه الترجمات. ومثل هذه الإشكالية ممكنة الحل عن طريق تشجيع دور النشر العربية للرقي بنوعية وتقنية ترجماتها، وذلك عن طريق تشجيع الترجمات الجيدة ومحاربة تلك الرديئة.

٥ ـ إن هنالك في أركان المكتبة العربية عدداً من الكتب التي يطلق عليها زوراً صفات مثل: الترجمة بتصرف، الإعداد، التعريب وحتى التأليف. في حين أن هذه الكتب لا تمثل أكثر من ترجمات رديئة وضارة.

(ب) ترجمة ما لا يترجم:

من المسلم به وجود بعض الفقرات والتعابير التي لا تمكن ترجمتها. ولنأخذ مثلاً ما ذكر فرويد باللغة الألمانية عن التقارب والترابط الفكري بين كلمتي Urmensch و Uhrmensch، والأولى تعني الجد في حين تعني الثانية الرجل الساعة مما جعل الساعة مرتبطة بالأب في لاوعي المريضة. إن ترجمة هذا الموقف على النحو الوارد أعلاه تفضي إلى فهم القارىء لروح النص ولكن دون إحساسه بنغمية وإيقاع الكلمتين. وإذا كان بمستطاعنا تخطي بعض هذه الصعوبات إذا ما تعلق الأمر بموقف محدد فإننا لا نستطيع تخطي صعوبة علوم ترتكز أساساً على مثل هذه المواقف. ولنأخذ مثلاً علم النفس اللساني Psycholinguistique. فترجمة مثل هذا الفرع لا تتم لا بالتعريب لا بالتصرف إذ إنها تقتضي التجربة ووضع الأسس العملية الملائمة والمتوافقة مع اللغة العربية. وهذا لا يعني رفضنا للمنطلقات النظرية لهذه المدرسة وإنما يعني قناعتنا التامة باستحالة تطبيق التجارب والمقاييس الغربية على اللغة العربية. وذلك لسبب بسيط وواضح هو الاختلاف الأساسي بين هذه اللغات. وهنا تحضرني إشارة خاصة متعلقة باللغة العربية. وقد دوَّن هذه الملاحظة الإمام علي بن أبي طالب إذ أشار إلى أن كثرة استعمال الكلمات المحتوية على حرف الضاد من شأنه أن يعجل في غضب المتحدث والمستمع معاً. ونحن لا نريد أن نبالغ بالقول إننا كنا أسبق إلى اللسانية ولكننا نقول بأننا دائماً عرفنا لغتنا بشكل أفضل كثيراً من استعمال الأمثلة الغربية لشرحها. ومن هنا فإننا نقول إن الترجمات العربية حول موضوع اللسانية ومتفرعاتها إنما هي مضيعة للوقت وللجهود وللإمكانيات المحدودة المتوافرة. ففي رأينا الشخصي، إن الترجمات في مثل هذه المواضيع يجب أن تقتصر على شرح المنطلقات النظرية لهذه المدارس. على أن يتم هذا الشرح من خلال مؤلفات اختصاصيين عرب تمكنوا من هذه المدارس بحيث باتوا يملكون القدرة على إيصالها إلى القارىء العربي من خلال تجاربهم عليها في المجتمع العربي نفسه. وفي هذا المجال نشير إلى مؤلف من فرويد إلى لاكان الذي يشكل خطوة على هذه الطريق.

(ج) أخطاء التربية:

وثمة خطر أهم وأعظم متمثل بنقل أساليب التربية الغربية وتطبيقها على الطفل العربي، حتى دون الأخذ بعين الاعتبار أن هذه النظريات إنما وضعت كي تهيء الطفل الغربي كي يتكيف مع مجتمعه عندما يكبر. فأية أخطار نعرِّض لها طفلنا العربي عندما نهيئه تهيئة غربية ثم نطلب منه مواجهة المجتمع العربي المختلف كلياً عن باقي المجتمعات! إن علائم هذه الأخطار بدأت ومنذ فترة تتبدى واضحة في مجتمعنا. خاصة وأن الأساليب الغربية نفسها تتغير بصورة دائمة في محاولات دائبة لتطويرها. وغالباً ما ننقل أساليب لم يعد الغربيون يتّبعونها.

في سلسلة «علم نفس الطفل» التي نشرناها، أشرنا إلى العديد من خصائص الطفل العربي وضرورة إخضاع تربيته لتعديلات كثيرة بالمقارنة مع المبادىء الغربية، وذلك ليس فقط من حيث التربية ولكن أيضاً من حيث التعلم والسلوك الاجتماعي والفكري. وفيما يلي نعرض وباختصار شديد مثالين:

١ ـ **تعلّم اللغة**: لكل لغة خصائصها وقواعدها الخاصة. بل إن لكل لهجة من لهجات اللغة خصائص تتفرد بها عن سائر اللهجات. وهذه الخصائص مؤثرة دون أدنى شك في سرعة اكتساب الطفل للغة وفي تعلمه إجمالاً. ومن الخطأ الفادح اعتماد مبادىء تعليم لغة أجنبية بهدف تعليم اللغة العربية. ذلك أن الأبحاث أثبتت أن لكل لغة نغميتها وإيقاعاتها الموسيقية وألفاظها الخاصة. فأي خطأ نرتكب عندما نطبق مبادىء تعلّم اللغات الأجنبية على طفلنا العربي!(١)

٢ ـ **الأساليب العامة للتربية**: هنالك فارق أساسي بين المجتمع العربي والمجتمعات الغربية. ونظراً للأهمية الفائقة لهذا الفارق فيما يتعلق بالتربية فإننا نشدد على ضرورة مراعاته. فالمجتمع العربي هو مجتمع أبوي (بمعنى أن السلطة فيه للرجل) بينما تتميز المجتمعات الغربية بكونها أمومية. قبل مناقشة هذا الاختلاف فلننظر معاً إلى النتائج التربية الغربية. إن التربويين في الغرب باتوا مهتمّين بتحرير الأهل من عقد الذنب تجاه أطفالهم، ذلك أن أساليب التربية الغربية التي اقتُرحت في العقدين الماضيين جعلت الأهل أسرى لأطفالهم. لدرجة بات معها ممكناً مناقشة مسألة «تسلط الأولاد على الأهل». ونظراً لقناعتهم بأن مثل هذا الوضع ليس طبيعياً، ونظراً للآثار المترتبة عليه (الإدمان، الحمل دون زواج... إلخ) فإن التربويين الغربيين يعملون اليوم جاهدين لإصلاح أساليبهم الحديثة في التربية!! فهل يحق لنا أن نستمر في اتباع هذه الأساليب بعد أن تخلى عنها أصحابها؟ ثم أليس من واجبنا أن ندقق في أي أسلوب تربوي يُطرح علينا وأن نتحقق من كونه مناسباً لطبيعة مجتمعنا وذلك قبل تطبيقه؟

(د) التبعية للمدارس الغربية:

إن أبسط نتائج غياب المدرسة العربية هي تبعية الاختصاصيين العرب للمدارس الغربية، والعمل على تطبيق المبادىء العلاجية لهذه المدارس. وهذه الوضعية تخلق سلسلة من المشاكل المتعددة الوجوه والباعثة على العديد من الصعوبات ومن بينها تعثر إمكانية الشفاء. وإذا ما أردنا تلخيص هذه الصعوبات فإننا نعدد ما يلي:

١ ـ إن المريض العربي عامة لا يملك درجة كافية من الثقافة النفسية. وهذا المريض عندما يُشَخَّص ويُعالج بطرق مختلفة فإنه يفقد ثقته بالعلاج ومعها يفقد آماله بالشفاء. فإذا ما أضفنا إلى هذا الوضع نرجسية العائلة العربية وشعورها بالإهانة بسبب مرض أحد أعضائها فإن الأمور تتعقد أكثر من المقبول، خاصةً عندما تضاف الأسباب التي سنشرحها أدناه.

٢ ـ إن غالبية المعالجين العرب يستندون في علاجهم على مبادىء المدرسة التي انتموا إليها أثناء دراستهم. وهكذا فإنهم لا يهملون فقط تكييف هذه المبادىء مع الواقع العربي، ولكنهم يهملون أيضاً إمكانيات بقية المدارس. ونحن لا نلوم هؤلاء لأن فعلهم هذا إنما يعكس موضوعية تعاملهم مع الواقع المتمثل بغياب الدراسات الجائحية وإمكانيات البحث العلمي إضافة إلى مسؤولياتهم أمام أعداد من المرضى تحتاج إلى أضعاف أعداد هؤلاء المعالجين. أمام هذا الواقع يميل المعالج العربي إلى التعصب لمدرسته وتطبيق مبادئها بشكل حرفي.

٣ ـ واحد من أهم انعكاسات غياب المدرسة العربية يتمثل في ما يمكننا تسميته بفوضوية العلاج

---

(١) انظر كتاب ذكاء الطفل قبل المدرسي ـ سلسلة علم نفس الطفل ـ بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

النفسي. إذ تغيب في معظم الدول العربية القوانين التي تنظم مهنة العلاج النفسي. والتزاماً منا بموضوعية الطرح فإننا نعطي الأمثلة من المجتمع اللبناني، حيث نصادف، خاصة في غياب القانون، شعوذة تتستر بالعلمية. فهنالك من يعالج الفصام علاجاً نفسياً بحتاً محرِّماً على المريض استعمال أي نوعٍ من أنواع العقاقير. وهنا نسأل: في هذه الأوضاع من يكون مسؤولاً عن احتمالات انتحار الفصامي واحتمالات إيذائه لذاته وللآخرين؟ خاصةً وأن هذه الاحتمالات غير قابلة للإهمال في حالات الفصام. كما نسأل: عندما يصل الفصامي إلى درجة الوعي التي تخوله فهم المعالج، وتسهل اتصاله به، ألا يصبح هذا العلاج خطراً على المريض في غياب الرقابة الطبية؟ فهذا الوضع يضخم وعي المريض لمرضه ولموقف المجتمع منه مما يدفع بالمريض إلى حالة من الكآبة يمكنه معها أن يقوم بالعديد من الأعمال المؤذية والمعادية للمجتمع. وأخيراً ألا نعتبر نحن معشر الأطباء بأن امتناع الفصامي المفاجىء عن تناول الدواء بمثابة علامة تنبىء ببداية فترة انتكاسية؟ وفي النهاية نقول إن مهنة العلاج النفسي تحتاج ليس فقط إلى مدرسة عربية ولكن أيضاً إلى قوانين تنظمها وتحدد مسؤولية المعالج والصفات العلمية الواجب توفرها فيه.

٤ ـ وجه آخر من الوجوه السلبية للتبعية، ويتمثل في عدم تواؤم القدرات المادية والتقنية لمجتمعنا بالمقارنة مع المجتمعات الغربية. فالمريض العربي غالباً ما يعجز عن إجراء الفحوصات الطبية المتطورة (كومبيوتر الدماغ، الفحوصات الهرمونية، الأثر الرجعي ـ البيوفيدباك... إلخ) وذلك إما بسبب عدم وجودها أصلاً أو بسبب ارتفاع كلفتها. هذا بالإضافة إلى ما هو معلوم عن نقص بعض أنواع العقاقير وبخاصة الجديدة منها. وأخيراً وليس آخراً نقص عدد الاختصاصيين وعدد الأسرة المخصصة لهؤلاء المرضى. وهكذا يجد المعالجون العرب أنفسهم أمام وضع جديد خلاصته عدم قدرتهم على تطبيق ما تعلموه، بحيث يضطر كل منهم إلى إدخال بعض التعديلات على المبادىء التي تعلمها. والواقع أن الدعوة إلى قيام المدرسة العربية ليست إلا دعوة للحوار بين هؤلاء الاختصاصيين وصولاً إلى تحديد الأساليب الأفضل للتكيف مع هذه الوقائع.

وأخيراً نقول إن المبررات التي عرضناها هي قليل من كثير. ونأمل أن تلقى دعوتنا هذه آذاناً صاغية لدى الاختصاصيين العرب. كما نأمل أن تكون المبررات التي عرضناها مقنعة بما فيه الكفاية كي ننتبه إلى الأخطاء والأخطار المعروضة أعلاه.

وفي النهاية فإننا ندعو الاختصاصيين العرب إلى مناقشة هذا الموضوع لتبادل الأفكار بهذا الشأن، وبشأن الآراء والتجارب المتعلقة بهذا الموضوع، وبموضوع خبرة المعالجين العرب والظروف الخاصة بتعاطيهم هذه المهنة في المجتمع العربي.

٢ ـ مدخلٌ إلى علمِ نفسٍ عربي

إن الاهتداء بالتراث الإنساني هو شرط رئيس لتقدم البشرية. هذا التقدم الذي حدث نتيجة لتطور الذكاء البشري بشكل أتاح للإنسان أن يتعامل بصورة فكرية مع الطبيعة المحيطة به. ومرت البشرية بالعصور المعدنية (عندما توصل الإنسان إلى اكتشاف المعادن واستخدامها) بعد العصر

الحجري. وكان عصر الأورانيوم وعائلته آخر هـذه العصور. ولكن هـذا التقسيم المعدني لعصـور البشرية ليس بالتقسيم الموضوعي أو الشمولي. فالتقسيم الأكثر علمية هو التقسيم الأنثروبولوجي الذي يدرس مراحل تطور العقل البشري. هذه المراحل المترابطة ترابطاً عضوياً بحيث يستحيل فصلها بسبب تداخلها العميق فيما بينها. ونحن إذ نصر على هذا التقسيم فذلك لقناعتنا أن العقل البشري هو أذكى من كل الآلات التي اخترعها والتي يمكن له أن يخترعها، وإن كان بعضها يفوق الإنسان في بعض المهارات.

ولقد أدرك أهل الشمال هذه الوقائع فوضعوا نصب أعينهم هدف الوصول إلى إنتاج «الإنسان العبقري». وهم يسعون لذلك بطرق وبأبحاث عديدة.. فمن تربية الأطفال العباقرة إلى الاهتمام بدراسة العباقرة والظواهر الخارقة وصولاً إلى الأبحاث الأكثر خطورة وهي أبحاث الجينات والحوامض النووية. والواقع أن مفكري الشمال قد بلغوا مستوى من الرقي الإنساني يمكّنهم من التنبه إلى خطر سوء الاستخدام وخطر تحويل هذه الأبحاث من أجل تكريس تفوق أمة ما على حساب الأمم الأخرى. وهذا الخطر هو الشغل الشاغل للعديد من المفكرين الإنسانيين المعاصرين. إلا أن الشك يحيط بمدى فعالية وقدرة هؤلاء على مواجهة وغلبة العنصريين الذين يملكون قوى لا يمكن تجاهلها أو التقليل من قدرها. وهنا يُطرح السؤال: أين نحن من هذه الصراعات؟

١ ـ الأبحاث النفسية العربية:

أمام هذه الوقائع نلاحظ أن أبحاثنا النفسية لا تزال أسيرة خمسينيات هذا القرن. فالطفل العربي يعاني من قصور الرعاية والتقديمات الصحية (بما فيها اللقاحات والطعام أحياناً). كما يعاني من قصور الرعاية الاجتماعية والثقافية. لذلك فإننا لا نجرؤ على طرح فكرة تربيته بالوسائل التي يمكنها أن تطوّر قدراته الفكرية. أما البالغ العربي فإنه يعاني من انخفاض مستوى لياقته النفسية بسبب مجموعة من العوامل الثقافية والسياسية والاقتصادية. وباحثونا لم يتفقوا بعد على اعتماد اختبار موحد لقياس مستوى لياقة الإنسان العربي، علاوةً على عدم اتفاقهم على قيام دراسات موسعة في هذا المجال!

ولو نحن التفتنا إلى الدراسات العربية النفسية لرأينا أنها تطرق المواضيع التي لا تلامس واقعنا المعيوش. فنحن لا نجد مواقف موحدة (دراسات، اختبارات، مناهج بحث... إلخ) من مواضيع مثل العنف والصدمة وعلم نفس الحروب والكوارث والذات الجماعية واللغة وأدوارها في تشكّل الفكر... إلخ. وجلّ ما نجده في دراساتنا هو مجرد استعراض إحصائي أو أعمال فردية غير قابلة حتى للتعميم الإحصائي. ومن الأبحاث ـ المقالات تلك التي يحاول فيها شخص ما أن يقوم بتحليل أمة كاملة بتراثها ولغتها وشخصيتها وقوميتها وصراعاتها. فهل في هذا ما يقارب الموضوعية أو العقل أم أنه اعتداء عليهما وعلى الأمة؟

٢ ـ علم النفس عبر الحضاري:

كان الدكتور محمد عثمان نجاتي قد أسس جمعية دراسات عبر حضارية ما لبثت أن شهدت نهايتها في العام ١٩٥٦ إثر العدوان الثلاثي على مصر. ومثل هذه الجمعية كـانت جديرة بتنسيق وبعقلنة خصوصيات أوضاعنا وذاتنا الجماعية. وفي غيابها وقع علم النفس العربي في مآزق الأسر العقلي

والشرذمة. ولنا هنا وقفة مع العقول الأسيرة، هذه العقول التي تمتاز بالجمود الفكري الذي لا نستطيع اتهام الغرب باصطناعه. فالغربيون يقفون مواقف فائقة المرونة من الآخر ومن خصوصياته حتى ولو كان هذا الآخر هو العالم الثالث أو العالم العربي. فهم عندما يصدِّرون إلينا السيارات فإنهم يجرون عليها التعديلات الملائمة لظروفنا البيئية ولحاجاتنا. هم يوزعون دليل اللياقات الاجتماعية على السياح الذين يزورون بلادنا. فإذا ما تمت هذه الزيارة فإننا نرى لدى هؤلاء احتراماً، أو على الأقل التزاماً، لهذه اللياقات التي تحتقرها العقول الأسيرة! وإذا عُدنا إلى علم النفس سنجد أن باحثاً مثل أومبيردان قد غيرّ لوحات اختبار تفهم الموضوع حتى تتلاءم مع البيئات الأفريقية والأميركية اللاتينية، وما ذلك إلا لإدراكه أن الاختبار بشكله الأوروبي غير قابل للتطبيق في البيئات الأخرى. كذلك نرى اهتمام الباحثين الكبار بالفوارق الحضارية وآثارها وانعكاساتها، وصولاً إلى تفرد اختصاص الطب النفسي عبر الحضاري.

في المقابل نرى أن بعض باحثينا من أصحاب العقول الأسيرة يرفضون الاعتراف بهذه الوقائع ويصرّون على نقل المعطيات والنظريات والاختبارات كما هي!! حتى أن بعضهم يرفض استخدام اللغة العربية في حين يتسابق الغربيون إلى ترجمة كتبهم إلى العربية. ولدينا رسائل من كبار الاختصاصيين العالميين يبدون فيها اهتمامهم بالباحث العربي الذي تمكّنه لغته من مخاطبة مئتي مليون إنسان. كما يُبدون رغبتهم في أن يروا كتاباً لهم مترجماً إلى العربية. وفي المقابل وجدنا من يدعونا إلى استبدال تعبير «علم نفس عربي» بتعبير «علم نفس في العالم العربي»!!

٣ ـ مدخل إلى علم نفس عربي:

إن تكييف الممارسة النفسية بما يتلاءم مع حاجات طالب العلاج هو من المبادىء المقدسة في الاختصاص. ومن هنا فإن طرح «علم النفس العربي» هو طرح يتمتع بجميع المبررات العلمية والإنسانية التي لا تقبل الجدل. وهذا الطرح يتوجه إلى الإنسان العربي. فمن هو غير عربي أو هو أسير ثقافة أخرى فإنه غير معني بهذا الطرح. مع العلم أن هذا الطرح، يفيد جميع الناطقين بالعربية من غير العرب. ونحن إذ نطرح «مدخل إلى علم نفس عربي» فإننا نطرحه ونحن في تمام وعينا للحاجة إلى الاهتداء بالتراث الإنساني. ومن هذا الوعي ينشأ اتصالنا بمراكز البحث العالمية وبالباحثين الكبار الذين وعدونا بتلبية دعوتنا إلى مؤتمر يحمل هذا العنوان. وكما هو واضح فإن المجلة[1] قد تخطت طرح «نحو علم نفس عربي» انطلاقاً من جهودها التي استمرت طوال عامين وتكللت بمؤتمر يحمل العنوان نفسه. من هنا فإن المؤتمر الثاني لم يتوقف لمناقشة مسألة التعريب التي باتت واقعة مكرّسة على صعيدي اللغة والممارسة.

٤ ـ الخطوات العملية:

انطلاقاً من توصيات مؤتمر «نحو علم نفس عربي» ومن الحاجات المطروحة في الميدان أتى تحديدنا للخطوات العملية لـ «مدخل إلى علم نفس عربي» على النحو التالي:

---

(١) مجلة الثقافة النفسية، التي يصدرها مركز الدراسات النفسية (طرابلس ـ لبنان).

١ ـ إصدار دليل الأطباء النفسيين العرب.
٢ ـ إصدار دليل الأكاديميين النفسيين العرب.
٣ ـ إصدار دليل المعالجين النفسيين العرب.
٤ ـ إصدار دليل الكتاب النفسي العربي.
٥ ـ إصدار دليل كليات علم النفس العربية.
٦ ـ إصدار دليل الأدوية النفسية العربية.
٧ ـ إصدار معجم الطب النفسي.
٨ ـ إرساء اللجان التالية:
أ ـ لجنة البحوث الأكاديمية.
ب ـ لجنة العائلة العربية.
ج ـ لجنة التراث النفسي العربي.
د ـ لجنة علم النفس عبر الحضاري.
هـ ـ لجنة الاختبارات النفسية.
و ـ لجنة المعجم النفسي.
ز ـ لجنة الطب النفسدي.
ح ـ لجنة الطب النفسي.
ط ـ لجنة الشخصية العربية.

٥ ـ مسؤوليات الباحث العربي:

لم يعد الأطباء النفسيون قادرين على التقوقع في المجالات الضيقة لاختصاصهم، فهم باتوا يتحملون مسؤوليات أخلاقية تتجاوز حدود الاعتناء بالمرضى في إطار العيادات أو المستشفيات. وعلى هذا الأساس تفرع الاختصاص إلى فروع عديدة منها الاجتماعي والوقائي والجائحي والعسكري... إلخ.

ومن المهام الأولية، التي باتت ملقاة على عاتق الطبيب النفسي، مهمة العمل على تحسين مستوى اللياقة النفسية لدى أعضاء المجموعات التي يتعامل معها ولدى أفراد المجتمع ككل. ومن هذا المنطلق بات للاختصاص أدواره الاستشارية في تخطيط سياسة المجموعة والمجتمع. فمن السياسة الصحية إلى الاجتماعية وصولاً إلى علم نفس التجسس والإرهاب نلاحظ أن للاختصاص دوره الاستشاري فيها جميعاً. على أن هذه الاستشارات هي استشارات تقنية وليست ملزمة وإلا تحول الاختصاص إلى ميدان سياسي، وهذا مرفوض تماماً.

والآن ما هي مسؤوليات الباحث النفسي العربي؟ وما هي آليات دعمه لمستوى اللياقة النفسية؟ وما هي السبل الآيلة إلى ذلك؟

٦ ـ الشخصية العربية:

إن الحديث عن الشخصية العربية هو حديث محفوف بالألغام التي تهدد الباحث بالانفجار في

وجهه، وبخاصة الباحث النفسي الذي ينطلق من مبدأ كون علم النفس وسيطاً مفصلياً بين الطب وبين سائر العلوم الإنسانية. مما يحتم على الباحث أن يأخذ هذه المواضيع كافة في بحثه حول الشخصية العربية. وهنا تكمن المشاكل وتتفجر الخلافات بين داع للتعريب ومدع بقصور العربية، وبين تراثي متشدد وبين متعصرن يحتقر التراث، وبين داع للفصحى وبين مدع العامية، ويطول حبل الخلاف. ومما يزيد المأزق حراجة أن كل الأطراف يرفضون مبدأ التوفيق ويعتبرونه أداة تهدف إلى اختراقهم. لذلك نرى من المهم أن نذكّر الجميع بالملامح التي تُعتبر مميزة للشخصية العربية. هذه الملامح التي تتخذ كمقاييس يعامل الإنسان العربي من خلالها. ولإكمال الصورة نجد من الضروري مقارنة هذه الملامح بالملامح الإسرائيلية التي تُعتبر نقيضة الملامح العربية في أذهان الجمهور الغربي. ونبدأ بتعداد الملامح العربية (وهي بمنزلة لائحة تهم موجّهة إلى الشخصية العربية).

يُنظر إلى العربي على أنه إنسان نزوي وغير متحضر ومتعصب متطرف وإرهابي وبعيد عن القيم الاجتماعية الشمولية التي تشكلها الطبقة المتوسطة (وهي الغالبة عددياً في المجتمعات الغربية) لأنه إما غني نفط وإما فقير مهاجر. والعربي أيضاً هو إنسان نزق لا يهتم بأي مثاليات (حتى مثاليات ومقدسات مجتمعه) إلا من منطلق شخصي. وبذلك فإنه يطلب من الآخرين احترام مثاليات لا يحترمها هو نفسه، ومن هنا اتهامه بالرياء والكذب والسطحية. فهو إنسان غير مؤهل للالتزام بفكرٍ شمولي متعالٍ (حتى ولو كان هذا الفكر مقدساً). وهم يعتبرون أن العرب قد عجزوا عن إنتاج فكر فلسفي. فحتى وهم في قمة حضارتهم فإن العرب قد عجزوا عن إنتاج فكر فلسفي، وفلاسفتهم المشهورون (ابن سينا وابن رشد والفارابي وغيرهم) لم يكونوا سوى نقلة وغالبيتهم لم يكونوا عرباً... إلخ وتطول لائحة التهم...

على الوجه الآخر للعملة تبرز شخصية الإسرائيلي على أنه شخص متحضر (بدليل تطوره التقني ومعايشته وتقولبه مع المجتمعات الغربية) ومرن وغامض وقوي. ونتيجة لهذه الصفات فإنه شخص ذو تأثير. وهذا التأثير يزداد من خلال الباطنية اليهودية التي تجعل من الإسرائيلي قادراً على التأثير في مختلف المجالات. ولكن هذه السيطرة تجعل من اليهودي - الصهيوني إنساناً متحكماً وقادراً على الإيذاء، ومن هنا واجب مهادنته حتى لا تستعمل الشخصية الإسرائيلية قدرتها على التنظيم في اتجاه مضاد. ونتيجة للصراع العربي الإسرائيلي ينظر الغربيون إلى العربي على أنه بعيد عن صفات الصهيوني، بل على نقيضها. وبهذا تضاف تشويهات جديدة إلى صورة الشخصية العربية وإلى الأفكار المسبقة، المتكونة لدى الغرب، تجاه العربي.

والباحث العربي يستطيع أن يكون أكثر جدية والتزاماً إذا هو انطلق من هذه الوقائع متعالياً على ضروب الجدل العقيم. فهو يدرك بذلك أن صورة الإنسان العربي بحاجة إلى ترميم. هذا الترميم الذي يبدأ بإزالة الأفكار المسبقة وبإقامة حوار موضوعي بعيد عن أثر الإيحاءات الدعائية وعن محاولات الغربي للدفاع عن أناه حتى يتهرب من أسر نظرته الطفولية إلى العالم الثالث عامة والعالم العربي بشكل خاص. فنظرة الغرب إلينا ليست نظرة عدائية وإنما هي نظرة الطفل الذي يود أن يأخذ ما يريده دون حساب. وهو يعادي كل من يحجب عنه الأشياء التي يريدها. وهذا الطفل تربى على مبادىء طبيب الأطفال الأميركي سبوك. ومن هنا فإنه طفل يجهل أن للآخرين حدود احتمال معينة وأن لحريته أيضاً

حدودها. وهذا الطفل، الذي حرره سبوك من اضطهاد الأهل، يريد أن يضطهد أهله والعالم من خلالهم. وهذا تحديداً ما يفعله الأميركي اليوم.

إنطلاقاً من هذه المعطيات فإن تعاملنا مع هذا الطفل عليه أن يتقيد بمجموعة من الالتزامات. أولها أننا غير مخولين للقيام بتربيته فنحن لسنا أهله. وثانيها أن من واجبنا إفهامه أننا لا نريد إيذاءه وأن هذا الإيذاء ليس هدفاً من أهدافنا. وأما الالتزام الثالث فهو أننا لا نخطب وده لأنه سيء التربية. ولكن هذا الطفل لا يأبه بنا ولا بالتزاماتنا بل إنه يرانا غير جديرين بالحوار. فمن أين نبدأ؟

٧ ـ الحوار بين الشمال والجنوب:

إن حضارة الشمال هي حضارة إنسانية ومثلها مثل سائر الحضارات الإنسانية فإنها وزعت ثمارها على البشرية جمعاء. وبهذا فإنه من غير الجائز معاداة هذه الحضارة وإنما من الواجب إقامة الحوار مع مفكري هذه الحضارة، وتحديداً مع المفكرين الشماليين الذين يدركون مبدأ: «إن ضعف الآخر لا يعني إلغاءه». ولنأخذ مثالاً على ذلك كتاب العالِم نوام تشومسكي قراصنة وأباطرة وكتاب آلان لوبيشون النظر غير المتساوي وغيرهما كثيرون ممن نستطيع التفاهم معهم من مبدأ: «احترام تمايز الآخر وصولاً إلى الاعتراف الناجز به»، وهذا المبدأ سيجعلهم يتقبلون خاصية شخصيتنا بعيداً عن الأفكار المسبقة المشار إليها أعلاه. فالعقوق ليس حصراً بشبابهم بل إن لشبابنا طريقته الخاصة بهذا العقوق. وهو يسعى إلى فرض تمايزه بالقوة عندما ييأس من الحوار. وهذا ليس تهديداً وإنما هو نتيجة طبيعية يدركها كل الباحثين. على أن الباحث النفسي قد يقصّر في مجاراة هذا الحوار الفكري ـ الفلسفي ولكنه لن يقصّر عندما يساهم في الأبحاث النفسية عبر الحضارية، وهي من الوجوه الأكاديمية للحوار بين مختلف الثقافات. ومن تجاربنا الخاصة نستطيع التأكيد على فعالية هذا الحوار وعلى الانفتاح الكلي لعلماء النفس الأجانب (خلا بعض العنصريين المعروفين) وعلى احترامهم الناجز واعترافهم التام بالآخر.

٨ ـ المعوقات والمعطيات الموضوعية:

إن آباء النجاح كثر ولكن أبا الفشل واحد. وهذا الأب يحاول إيجاد جميعا المبررات لتبرير الفشل. وهو يحاول توضيح أدوار الآباء الآخرين الذين كانوا على أهبة الاستعداد للتنافس على الأبوة في حال النجاح. لذلك فإننا سنعمد إلى تعداد المبررات المطروحة كتفسيرات للقصور في انتفاع مجتمعنا من الخدمات الجليلة التي يقدمها علم النفس. وهذه المبررات هي التالية:

١) قصور الخبرات.
٢) قصور التجهيزات.
٣) قصور الإمكانيات المادية.
٤) فقر الباحثين.
٥) انعدام مخصصات الأبحاث.
٦) القصور التقني.

إلا أن هذه الأسباب مجتمعة عاجزة عن تبرير الفشل في الإفادة من علم النفس. ذلك أن البحث النفسي لا يتطلب المصاريف الضخمة. فالجهود التي يتطلبها هذا البحث هي جهود بشرية في المقام

الأول. وهذه الجهود يمكن توافرها بالحد الأدنى من الكلفة عن طريق رسم سياسة جامعية واضحة. فلو نحن أخذنا الجامعة اللبنانية (حيث تعد مئات رسائل الجدارة والدكتوراه) مثلاً، فإن بالإمكان توجيه طلابها نحو دراسة معاناة وانعكاسات الحرب اللبنانية على النواحي الإنسانية كافة لمعايشة المواطن اللبناني لهذه الحرب. فلبنان اليوم بحاجة لأبحاث تتناول جهاز القيم والانحراف وحمل السلاح والإجرام المنظّم والإدمان وطفل الحرب وشباب الحرب ومتوسط الأعمار في لبنان ونسبة الطلاق والزواج والهجر وأعصبة الحرب والوساوس المرضية والرهاب والقلق والعلائم الانهيارية ومعاداة المجتمع واضطرابات الشخصية ومستوى اللياقة النفسية بعد الحرب... إلخ.

وهذا مجرد مثال على المعاناة اللبنانية الخاصة، إلا أن هناك معاناة أشمل هي معاناة الشخصية العربية التي تقتضي تنسيقاً أرقى وأعم. ونظراً لقصور خبراتنا البشرية فإن الخطوة الأولى المضادة للشرذمة إنما تتمثل بإنشاء مجلس عربي أعلى للأبحاث النفسية، على أن يتألف هذا المجلس من أقطاب الاختصاص في العالم العربي. وتكون مهمة هذا المجلس توجيه سياسة البحث العلمي ـ النفسي في العالم العربي والإشراف على هذه الأبحاث (إشرافاً عالياً) وتقويمها وتسهيل نشرها ووصولها إلى أيدي بقية الباحثين، ومن ثم عرض هذه الأبحاث والتجارب لمقارنتها بتجارب الزملاء الأجانب. ونحن نرى في هذه المجلة (مجلة الثقافة النفسية) خطوة أولى على هذا الطريق...

٣ ـ على طريق المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس

يجمع العاملون في تطبيق العلوم الإنسانية على ضرورات تعديل مناهج هذه العلوم بما يتوافق مع الوقائع الإنسانية ـ الثقافية. هذه الوقائع التي أرست مبادىء المدرسة النفسية عبر الحضارية هي عينها التي وضعت كبار باحثينا أمام علائم الخصوصية الثقافية التي تحول دون اعتماد التصنيفات والاختبارات وأساليب العلاج الأجنبية. إذ يحتاج هذا الاعتماد إلى إعادة نظر منهجية في هذه المعطيات قبل وضعها موضع التطبيق.

في ما يلي وفي سياق الحديث عن مدرسة نفسية عربية نعرض لبعض المقدمات الأولية التي طرحها عدد من باحثينا على طريق المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس.

١ ـ البروفسور مصطفى زيور:

... إن الوقائع العيانية ورصدها لا قيمة لها بغير فكر نظري خالص متعالٍ هو الذي يضفي المعنى ويمنح الدلالة...

من كتاب في النفس

٢ ـ الدكتور محمود السيد أبو النيل:

إنني ريفي النشأة جئت إلى المدينة في بداية دراستي الجامعية فأخذت تتشكل لديّ النظرة المقارنة بين أهل الريف وأهل المدينة. وأخذ القالب العلمي لهذه النظرة ينمو يوماً وراء يوم خلال الدراسة

الجامعية وما تلاها من دراسات عليا، ثم جاءني العمل في بلاد عربية وزيارة بلاد أجنبية حيث تجاوزت النظرة المقارنة حدود الحضارة الواحدة إلى الحضارات الأخرى.

... إن هذه الدعوة لا تخرج عن كونها بداية جهد فردي لعمل تفرض مجالاته المتعددة أن يتحمل عبء الكتابة فيها فريق كبير من المتخصصين. وأوجه هذه الدعوة إلى جميع المتخصصين بعلم النفس في مصر وفي العالم العربي...

من كتاب علم النفس عبر الحضاري

٣ ـ الدكتور محمد عثمان نجاتي:

... لقد أقمت مع عدد من علماء النفس الأميركيين والعرب «جمعية البحوث الحضارية المقارنة» (توقفت بسبب العدوان الثلاثي عام ١٩٥٦).

من كتاب حياتي مع علم النفس في مصر

٤ ـ الدكتور علي كمال:

... إن الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية، وفي مقدمتها الفصام، تتعلق بأداة الفكر وتوازنه واختلاله، ومن طبيعة الفكر أن تكون اللغة هي الأداة الرئيسية والصادقة للتعبير عنه سواء في حالة التوازن أو الاختلال. وهذا الواقع يحتم ضرورة الرجوع إلى لغة الفرد وتعابيره لفهم حالته العقلية وتقرير صحته من خلله. وحاجتنا إلى لغة التفاهم مع المريض العربي وأهله هي بالتأكيد أكثر من حاجتنا إلى مثلها في مجالات أخرى من الطب...

ومن حوافزي هناك شعوري بضرورة إقامة التواصل بين تراثنا العربي والفكر الطبي وبين حاضرنا ومد هذا التواصل إلى المستقبل...

وباعتراف العلماء الغربيين فإن أول تصنيف للأمراض العقلية هو تصنيف العلماء العرب الأوائل، ومن بينهم أحد معاصري الرازي الذي حدد تصنيفاً مذهلاً في دقته وفي موضوعيته...

من كتاب فصام العقل

٥ ـ الدكتور عبد القادر الشيخلي:

... هناك عدد من الاضطرابات النفسية والعقلية التي نصادفها في عيادتنا دون أن نجد لها أثراً في التصنيفات الغربية للاضطرابات النفسية. ومن هذه الاضطرابات الخاصة «اضطراب عقلي عابر خاص بمنطقة وسط الفرات»...

من محاضرة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي

٦ ـ د. فريد كاشا:

... تواجه الدول النامية مشاكل زيادة نمو المعدل السكاني بنسب مهمة كما تواجهنا (في الجزائر وفي الدول العربية) زيادات ملحوظة في طلب الاستشفاء وفي الطوارىء، وذلك في مقابل نواقص هامة وبالغة على صعيدي التجهيز المادي والخبرات البشرية. أمام هذه الوقائع على الدول العربية (والنامية إجمالاً) أن تجد لنفسها تنظيماً خاصاً لأجهزتها الصحية حتى تستطيع هذه الأجهزة متابعة القيام بدورها

وأيضاً للحؤول دون تخريب وتدمير قدرة العائلة والمجتمع على تحمل المرضى العقليين واستيعابهم...
من محاضرة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي

إن هذه الآراء هي قليل من كثير وهي وإن لم تَدْعُ صراحة إلى ضرورة قيام المدرسة العربية فإنها تقرر هذه الضرورة من خلال طروحاتها. وبما أننا لا نرى مبرراً لتفنيد هذه الآراء وشرحها فإننا ننتقل إلى مناقشة العوائق التي واجهتها دعوتنا إلى المدرسة العربية بعد مضي أكثر من عام على طرحنا لها. وهذه المعوقات لا تختلف في جوهرها عن المعوقات التي تواجه تعريب جميع العلوم، بحيث يمكننا رد هذه المعوقات إلى المواقف المسبقة التالية:

١ ـ الخلط بين «لغة الدين» و «لغة العلم».
٢ ـ اتهام اللغة العربية بالقصور عن استيعاب المصطلحات العلمية.
٣ ـ صعوبة رسم الحروف العربية الهجائية.
٤ ـ صعوبة التشكيل.
٥ ـ الدعوة لاستخدام اللهجات العامة المحلية.

ونود، قبل تطرقنا إلى مناقشة هذه النقاط، أن نستعرض التطور الزمني لهذه المعوقات التي تشكل بحد ذاتها نوعاً مميزاً من التحدي وشكلاً خطراً من أشكال التمييز بين الشعوب.

يمكننا أن نرد البوادر الأولى لهذه المواقف العنصرية إلى نهايات القرن التاسع عشر. ففي العام ١٨٩٢ ألقى المستر ولكوس محاضرة في القاهرة ورد فيها ما يلي: «... إن السر في تخلف المصريين وعجزهم عن الابتكار يكمن في اعتمادهم اللغة العربية... إلخ». وبمعنى آخر فإن الاستعمار البريطاني بممارساته غير مسؤول وغير مساهم في هذا التخلف. بل على العكس فإن هذه الممارسات هي بمثابة خطوة على طريق التحضر.

لم نكن لنعرض هذا الرأي لو كان مجرد رأي شخصي. ولكننا نعرضه لأنه عكس تياراً وخطة مدروسة في تعامل الدول الاستعمارية مع مستعمراتها. ووفق هذه الخطة كانت معاهدة «سايكس ـ بيكو» وإقرار مبدأ الانتداب والعمل على إفشال تجارب الاستقلال العربي بناءً على تخطيط مسبق دقيق. ولقد ساهم مؤلفون عرب عديدون في تنفيذ هذه المخططات. ولقد كان هذا الإسهام نتيجة للانبهار بالغرب. ومن هؤلاء المساهمين نذكر لطفي السيد وعبد العزيز فهمي ومارون غصن... إلخ.

ونكتفي بهذا القدر من الاستعراض الزمني لنذكِّر قارئنا بأن المدرسة التي ندعو إليها هي مدرسة علمية، وهي بالتالي تعارض كل أشكال التمييز الديني والعرقي والعنصري والفئوي وغيرها من أشكال التمييز بين البشر. وإذا وجدنا القارىء نطرح هذه المواضيع فإن ذلك بهدف الدفاع عن مجموعة من البشر (مئات الملايين) تعرضت ولا تزال لأنواع خطرة من التمييز. وبما أن دفاع الأشخاص عن أعراق لا ينتمون إليها يتدرج في خانة الدفاع عن حقوق الإنسان فإننا نأمل أن تتيح لنا حقوق الإنسان حق الدفاع عن أنفسنا وعن مجتمعاتنا (وبخاصة عن مرضانا) دون أن يوجه إلينا مؤمن بهذه الحقوق تهماً غير مشروعة. فإذا ما أتت هذه التهم من قبل أناس لا يؤمنون بهذه الحقوق فإننا لا نكترث لها.

وننتقل الآن إلى المعوقات المشار إليها أعلاه لنؤكد بأننا لم نكن لنلتفت إليها لولا أن أدواتها تصدت لدعوتنا وصنفت هذه الدعوة في إطار المحظورات وفي إطار الدعوات الخطرة. وإنني كلبناني آسف لأن مصدر هذه المعوقات كان لبنانياً صرفاً. فبريدنا العربي لم يحمل سوى الثناء على هذه الدعوة. والثناء عينه حمله بريدنا اللبناني. ولكن هذا الأخير تضمن، ولو بنسبة ضئيلة، كل المعارضة التي واجهتها الدعوة إلى المدرسة العربية. وأخشى ما أخشاه أن تؤدي هذه المواقف المتنافرة والسقيمة إلى اتخاذ المفكرين والعلماء العرب موقف التعميم وصولاً إلى التحفظ على كل ما هو لبناني. وآسف إذ أقرر أننا قد اختبرنا مثل هذا التحفظ في قبول القراء العرب لهذه المجلة (**مجلة الثقافة النفسية**).

وفي عودة إلى مناقشة المعوّقات المشار إليها أعلاه، نبدأ بـ:

١ ـ الخلط بين «لغة الدين» و «لغة العلم»:

من المؤكد أن الاضطراب النفسي، على أنواعه، يتصاحب مع الاضطراب اللغوي. كما أنه من المؤكد أن كل مريض يهلوس ويتخيل يعاني اضطرابه اللغوي بلغته الأم. فالإسرائيلي ذو الأصل العربي يهلوس بالعربية إذا ما مرض. كما يهلوس بها المرضى الذين تعلموا العربية كلغة أساسية (حتى ولو لم يكونوا عرباً). وعلى هذا الأساس هل هناك من يتهم دارس هذه الاضطرابات اللغوية بالتعصب الديني أو العرقي؟ وهل يستطيع الاختصاصي التعمق في دراسة هذه الحالات إذا هو لم يدرس اضطرابات اللغة العربية لدى المرضى العقليين المتكلمين بالعربية؟ وهل نستطيع تطبيق اختبار رسم الوقت على المتكلم بالعربية كما على المتكلم باللغات الأخرى؟ وهل نستطيع تطبيق أي اختبار نفسي أجنبي على مريض عربي دون تعديل هذا الاختبار؟ ثم هل للدين أو للعرق أو للتمييز المرتكز إليهما مكان في ما ندعو إليه؟ وأخيراً هل يظنن أحد أن الموضوعية العلمية تقتضي أن يشعر الباحث بالعار بسبب انتمائه العربي أو بسبب انتمائه الديني؟ أم أن عليه أن يشوه هذه الانتماءات حتى يصبح موضوعياً!؟

وهنا نذكّر بردٍ للدكتور شاهين عبد الصبور على هؤلاء إذ يقول: «الخطأ أولاً في المصطلح. فاللغة هي اللغة وهي ذاتها المستخدمة في كل الأهداف التعبيرية التي يريدها المتكلم سواء أعلمية كانت هذه الأهداف أم دينية أم غيرها. لذا فإن الصواب هو القول بـ: «الأسلوب العلمي» و «الأسلوب الديني» ولكل أسلوب طابعه الخاص وقواعده الخاصة. وأما القول بـ «لغة الدين» فهي عبارة يقصد بها مستعملوها التعبير عما يكنونه من عداوة للعربية».

لقد دأب الاستعمار على الربط بين الإسلام والعروبة حتى بات هذا الربط معتبراً من المسلمات (حتى في أذهان بعض العرب). وهنا أذكر شكوى أحد زملائي على مقاعد الدراسة إذ قال: «أنا لبناني فإذا ما أتيت عملاً ناقصاً وصفوني (يقصد أهل البلاد التي كنا ندرس فيها) بالعربي، أما إذا أتيت عملاً جيداً وناجزاً وصفوني باللبناني الذي لا يمت إلى العروبة بصلة. حتى بت لا أعرف إنْ كنت عربياً أم لا!؟».

خلاصة القول إن الدعوة إلى المدرسة العربية هي دعوة ذات أهداف إنسانية تهدف إلى دعم وتعميق فهمنا للمريض وزيادة إمكانياتنا في علاجه والتخفيف عنه بعيداً عن أي تمييز ديني أو عرقي أو فئوي.

٢ ـ اتهام اللغة العربية بالقصور عن استيعاب المصطلحات العلمية:

يعاني الباحث النفسي المعاصر من «اضطراب المصطلح». فالدراسات النفسية تشهد تطورات هامة في وقتنا الحالي. وهذه التطورات كثيراً ما تقتضي تفريع المصطلح الواحد إلى أربعة أو خمسة مصطلحات فرعية، مما يتسبب غالباً بارتباك وتشويش القارىء. و«اضطراب المصطلح» يشكل اليوم شكوى أساسية لدى الباحثين الأميركيين خاصة والغربيين عامة.

ومن الطبيعي أن تكون معاناة الباحث العربي من «اضطراب المصطلح» معاناة أكثر عمقاً. ومرد هذا العمق وهذه المعاناة يكمن في أن باحثينا لا يقودون هذه الأبحاث ولا يجارونها بل إنهم لا يطلعون عليها إلا بعد مرور عدة سنوات (وهذا يدعم ضرورة قيام المدرسة العربية). أما التستر وراء الادعاء بقصور اللغة العربية عن استيعات هذه المصطلحات فهو دعوة باطلة. وهذا الباطل يعجز عن تغطية قصورنا وقصور مراكزنا العلمية ومؤسساتنا حتى نطمئن بالاً ونلقي اللوم على اللغة. ومثالنا الحاسم على ذلك كتاب نعترف بأننا لم نطلع عليه إلا مؤخراً (في سياق اهتمامنا بموضوع التراث النفسي العربي) وهو كتاب ابن الجوزي أخبار الحمقى والمغفلين(*). وفي هذا الكتاب نجد أن عدد تسميات الأحمق في اللغة العربية يبلغ الـ ٤٩ تسمية وهي:

الأحمق، الرقيع، المائق، الأزبق، الهجهاجة، الهلباجة، الخطل، الخرف، الملغ، الماج، المسلوس، المأفون، المأفوك، الأعفك، الفقاقة، الهجأة، الألق، الخوعم، الألفت، الرطىء، الباحر، المجرع، المجمع، الأنوك، الهنبك، الأهوج، الهبنق، الأخرق، الداعك، الهداك، الهبنقع، المدله، الذهول، الجعبس، الأوره، الهوف، المعضل، الغدم، الهتور، عياباء وطباقاء.

ومن الأسماء الخاصة بالمرأة الحمقاء: الورهاء، الخرقاء، الدفنس، الخذعل، الهوجاء، القرنع، الداعكة والرطيئة.

ولدى قراءتي لهذه التسميات تذكرت ارتباكي لدى محاولتي ترجمة كلمات Imbécile و Idiot و Debile وهي درجات الحمق الثلاث بحسب التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية. مما لم أعد أشك معه في أن ارتباكي في حينه كان مرده إلى جهلي اللغة العربية ومصطلحاتها النفسية وليس قصور هذه اللغة. فهذه اللغة قد لا تحوي في تراثها مرادفات تقنية ولكنها تحوي حتماً المصطلحات العائدة للعلوم الإنسانية وبخاصة علم النفس. بل أبعد من ذلك يتساءل الباحث عما إذا كانت هذه التسميات مترادفة أم أنها تدل على درجات الحمق. ونجد الجواب لدى مؤلف الكتاب، ابن الجوزي، إذ يروي على لسان أعرابي سُئل عن الفرق بين الأحمق والمائق فقال: «الأحمق مثل المائح على رأس البئر والمائق هو مثل المائح الذي هو في أسفل البئر، فبينهما من الجودة في الحماقة ما بين هذين».

فهل يصح أن نتهم اللغة العربية بالقصور في استيعابها للمصطلحات والمفردات النفسية؟

٣ ـ صعوبة رسم الحروف العربية الهجائية:

نكتفي هنا بالتذكير بتعقيد رسوم الحروف اليابانية أو الصينية (تحتوي الآلة الكاتبة الصينية على

(*) بيروت، دار السرور، (ب.ت.).

٨٥٠٠ مفتاح للحروف). كما نذكر بأن هذا التعقيد لم يحل دون قيام المدرسة اليابانية والصينية ودون قيادتها للأبحاث العالمية في مجالات نفسية عدة.

٤ ـ صعوبة التشكيل والدعوة لإلغائه:

في رأينا أن هذه الدعوة ساذجة بحيث لا تستحق الرد عليها.

٥ ـ الدعوة لاستخدام اللهجات العامية المحلية:

بدون تعليق.

وبعد استعراضنا لهذه المعوقات ننتقل إلى مناقشة الخطوات العملية على طريق إرساء علم نفس عربي. وهذه الخطوات لا يمكن تحقيقها إلا بتضافر الخبرات والتجارب العربية لأن كل واحدة منها تمثل مشروع بحثٍ علمي يحتاج إلى سنوات عديدة وإلى باحثين كثر. وهذه الخطوات هي التالية:

(أ) معجم الألفاظ النفسية ـ التراثية وشرحها:

لقد أعطينا أعلاه مثالاً على مرادفات كلمة «الأحمق» في اللغة العربية، هذه المرادفات التي يجهلها أكثر اختصاصيينا المعاصرين. وقسْ على ذلك آلاف المرادفات والمصطلحات الأخرى مما يقتضي وضع معجم لهذه الألفاظ حتى يسهل على الاختصاصي والباحث والمترجم الرجوع إليها عند الحاجة.

(ب) تحقيق الكتب والمخطوطات النفسية ـ التراثية.

(ج) تنوير التراث النفسي ـ العربي:

ونقصد بهذا التنوير عملية دقيقة ومحددة نوجزها على النحو الآتي: لدى مراجعتنا للكتب التراثية (عربية كانت أم يونانية أم غيرها) نلاحظ فيها من الاستطراد ما لا يتفق مع المفاهيم الحديثة للكتابة وللعلوم. فلو أخذنا كتاب أخبار الحمقى والمغفلين المشار إليه أعلاه، فإننا نلاحظ احتواءه على استطرادات وعلى أخبار وأبيات شعر لا تهم الاختصاصي النفسي بحال. بل إن ما يهم هذا الاختصاصي لا يتجاوز العشر صفحات من هذا الكتاب. والتحديث في رأينا هو استخلاص هذه الصفحات والتعليق عليها تعليقاً يضعها في مكانها في المناظير العلمية الحديثة.

(د) علم النفس عبر الحضاري:

تشير إحصاءات الطب النفسي إلى وجود فوارق ملحوظة في أعداد المرضى بين ثقافة وأخرى، وبين بلد وآخر، وبين المدينة والريف في داخل البلد نفسه. ولقد تفرد الباحث العربي د. محمود السيد أبو النيل بإصدار كتابه علم النفس عبر الحضاري، وتمكن من إظهار الفوارق الملموسة في نتائج تطبيق النظريات النفسية وفي نسب الإصابات المرضية بين البلدان العربية والبلدان الأخرى. وفي حينه دعا الباحث إلى توجيه العناية نحو هذا الميدان ولكن صرخته ذهبت هباءً. ونحن إذ ننظر إلى كتابه كخطوة على طريق المدرسة العربية فإننا نزداد إدراكاً للصعوبات التي يواجهها قيام هذه المدرسة.

(هـ) المعاجم النفسية:

إن معجم الألفاظ النفسية التراثية، المشار إليه أعلاه، يعتبر مرجعاً أساسياً للمعاجم النفسية

المختصة التي نشير إليها في هذه الفقرة. وواقع الأمر أن المكتبة العربية لم تعدم بعض النتاجات الجيدة في هذا المجال. ونخص بالذكر ثبت المصطلحات التي نشرتها مجموعة البروفسور زيور في نهايات ترجمتها لكتب فرويد الصادرة في أواخر الخمسينات. وكذلك **معجم مصطلحات التحليل النفسي** (عربه د. مصطفى حجازي) و**معجم مصطلحات علم النفس والتحليل النفسي** (فرج طه ـ أبو النيل وغيرهما ـ دار النهضة العربية). ولكن تعدد الاختصاصات النفسية وتفرعها يجعلان مكتبتنا بحاجة ماسة للمعاجم المتخصصة في هذه الفروع. وتكفينا الإشارة إلى عدم وجود قاموس واحد يستطيع أن يفي بغرض الباحث في التصنيفات المتبعة دولياً للاضطرابات النفسية. بل إن هذه التصنيفات نفسها غير موجودة باللغة العربية.

(و) الاختبار النفسي العربي:

بدون استثناء يتفق الباحثون على عدم صلاحية تطبيق الاختبارات النفسية في ثقافات غير تلك التي وضعت هذه الاختبارات فيها وقُنّنت قياساً على أفرادها. فالاختبار الأميركي غير صالح للتطبيق في إنكلترا وقسْ عليه، حتى إن الجمعيات الدولية لم تتمكن من إيجاد الاختبارات الصالحة للتطبيق في جميع الثقافات. وهذا المبدأ صالح حتى في حالات الاختبار المؤلف من بضعة أسئلة محددة. فحتى في هذه الحالة فإن الباحث يجد نفسه مضطراً لإدخال بعض التعديلات في ترجمته لهذه الأسئلة. فبدون هذه التعديلات يمكن لهذه الأسئلة أن تستتبع أجوبة غير تلك المنشودة.

(ز) الطب النفسي الجائحي:

لا يمكن لأية هيئة أن تحدد أولوياتها ما لم تكن قادرة على القيام بتحديد دقيق لاحتياجاتها. فإذا ما عانت بعض البلدان من انتشار مقلق لمرض السل فإنها تكون مضطرة لاستنفار أجهزتها الصحية لمكافحته. فإذا هي لم تفعل، وفي المقابل راحت تبعثر الجهود البشرية والمادية لدراسة فيروس الإيدز الذي لا يصيب سوى بضعة أفراد من سكانها، فإننا نقول إن هذا البلد يهدر طاقاته ويمارس سياسة صحية عبثية.

من خلال هذا المثال نكون قد أعطينا فكرة عن أهمية الدراسات الإحصائية (الجائحية) التي من شأنها توجيه السياسة الصحية في بلادنا. وهذا يقتضي الاهتمام بفرع «الطب النفسي الجائحي» الذي لا نزال نهمله.

(ح) التصنيف النفسي ـ العربي:

لم تعدم العيادة العربية بعضاً من محاولات إرساء مثل هذا التصنيف. ولكن هذه المحاولات بقيت في حدود المحاولة ولم تتخطها. فالوصول إلى التصنيف العربي هو هدف بحد ذاته ودونه جميع النقاط التي عرضناها أعلاه. فلو أخذنا بعين الاعتبار الإمكانيات الموضوعية المتوافرة لرأينا أن إيجاد هذا التصنيف يحتاج إلى سنوات طويلة من الجهود الشاقة وإلى مراحل متعددة وشاقة بدورها. ومن أهم هذه المدارس نذكر:

(أ) ترجمة التصنيفات العالمية إلى اللغة العربية: ذلك أن الدعوة إلى المدرسة العربية وإلى التصنيف العربي لا يمكنها أن تعني رفض هذه التصنيفات أو إهمالها. فهذه التصنيفات هي جهود عالمية

واضحة الأهمية. فلو دعونا إلى تعديلها بما يلائم واقعنا فإن ذلك لا يعني بحال اتهامها بعدم الصلاحية المطلقة.

(ب) تعزيز الحضور العربي في الجمعية الدولية للطب النفسي: لقد عكس المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي الضآلة البالغة للحضور العربي في الميدان (راجع العدد الثاني من مجلة **الثقافة النفسية**). وهذه الضآلة لا تنعكس فقط على صعيد الحضور والمحاضرات ولكنها تنعكس أيضاً على صعيد الأبحاث (بخاصة أبحاث تعديل التصنيف الدولي). فهذه الجمعية تعمد إلى استخراج آراء باحثين ينتمون إلى مختلف الثقافات، وهي تعدّل التصنيف بناءً على هذه المشاورات. وبالرغم من تمثيل الدول العربية في هذه المناقشات فإن هذا التصنيف لا يزال بعيداً عن تمثل الأوضاع الخاصة بالمريض العربي. ومرد ذلك إلى أن ممثلينا في هذه المباحثات يضطرون إلى الاستناد إلى تجاربهم وأبحاثهم الشخصية لأنهم لا يحظون بالدعم وبالاتصال الكافيين بزملائهم العرب. وبمعنى آخر فإن غياب المدرسة العربية يبعثر الجهود ويعرقل مجرد إدخال بعض التعديلات على التصنيف الدولي.

(ج) تسهيل الاتصال بين الاختصاصيين العرب.

(د) عقد ندوات عربية، على أن تتمحور أهداف هذه الندوات حول المواضيع المشار إليها أعلاه بوصفها خطوات ضرورية لقيام المدرسة العربية وتصنيفها.

بعد هذه الخطوات مجتمعة يمكننا إذاً الحديث عن تصنيف نفسي عربي وعن مدرسة نفسية عربية. وهكذا فإننا ندرك أن تحقيق هذه المدرسة ليس طرحاً نظرياً غير قابل للتحقيق كما ندرك أنه ليس سهلاً فدونه عقبات وعقبات أولاها أولئك الذين لا يفوّتون الفرص لإظهار عدائهم للعربية ولجهد المتكلمين بها، والذين يجسدون هذه العدائية في محاولاتهم لتشويه العربية وللتشكيك في صلاحيتها. فهل يعقل أن يتم إحياء اللغة العبرية الميتة على يد بضعة ملايين من أحفاد متكلميها وأن تقتل العربية الحية التي يتكلمها مئات الملايين من البشر؟ وليكن مسلماً أن «اللغة هي وعاء الفكر» فأين يصبح فكرنا (يهمنا تحديداً قدرات اختصاصيينا العرب على علاج مرضاهم) إذا ما كُسِرَ وعاؤه أو توسخ بأدران مثل هذه الدعوات؟

٤ ـ عبثية الراهن العلمي

يعاني الفكر العلمي من كوابيس عديدة وهو يخشى أن يراها تتحقق وتتحول إلى كوارث تطال آثارها الإنسانية جمعاء. ومن هذه الكوابيس إلغاء الفرضيات الصحيحة حول مبدأ تعدد الوجوه للحقيقة الواحدة. فالنظريات التي تبدو متعارضة لا تكون كذلك بالضرورة، فالانقسام الذي ساد بين مؤيدي نظرية الجزيئات (نيوتن) وبين نظرية الموجات (بوكو) لم يكن مبرراً بدليل ما ظهر لاحقاً من نظريات أكدت على كون كلتيهما صحيحتين وإنما تتفاعلان على مستويات مختلفة.

كما نذكر من هذه الكوارث تلك المتعلقة بإساءة استخدام العلوم. هذا الكابوس الذي دفع بدافنشي إلى تدمير العديد من تصوّراته الخلاقة (حتى لا يُساء استخدامها)، وحدا بألفرد نوبل إلى إنشاء

الجائزة المعروفة باسمه. وهذا الكابوس عينه يراود اليوم الباحثين في ميدان الجينات الذين يرغبون في أن تؤدي أبحاثهم إلى إنتاج الكائن المتفوق ويخشون أن ينحصر هذا الإنتاج في فئات من البشر دون غيرها.

إنطلاقاً من هذه الكوابيس وكثير غيرها برزت لدى المفكرين الإنسانيين نزعة إلى بذل محاولات جاهدة للوصول بالفكر العلمي إلى مستوى الأنسنة بحيث يتقاسم الأفراد ثمار الحضارة الإنسانية بغض النظر عن أي اعتبار سوى إنسانيتهم.

وفي هذا السياق يأتي مشروع إحدى المؤسسات الأميركية للأبحاث. ويتمحور حول قياس نسبة المعاناة الإنسانية وتوزيعها الجغرافي، وذلك اعتماداً على قياس عوامل عشرة هي التالية:

١) متوسط الأعمار.
٢) مستوى التغذية.
٣) مدى توافر مياه الشرب الصحية.
٤) مدى توافر لقاحات الأطفال.
٥) مستوى الإقبال على التعليم الثانوي.
٦) متوسط دخل الفرد.
٧) معدل التضخم المالي.
٨) مدى الإفادة من تكنولوجيا الاتصال.
٩) مستوى الحرية السياسية.
١٠) مدى تمتع الفرد بحقوقه المدنية.

على أن تعطى علامة تتراوح بين علامة واحدة وعشر علامات لكلٍ من هذه المتغيرات.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

أ ـ إن هناك ٢٧ دولة (٨٪ من سكان العالم) تقع في فئة المعاناة القصوى من البؤس (إذ حصلت على ٢٥ علامة أو أقل مما يعني أن معاناتها البؤس هي في حدود الـ ٧٥٪). وتأتي الموزامبيق في أسفل السلم (٩٣٪).

ب ـ تناولت الدراسة ١٤١ بلداً جاء الدانمارك في مقدمتها بوصفه الأقل معاناةً والموزامبيق في المؤخرة بوصفها الأكثر معاناةً. وفي المقارنة بين البلدين نجد أن:

ـ متوسط الأعمار في الدانمارك ٧٥ سنة مقابل ٤٨ سنة في الموزامبيق.
ـ متوسط الدخل الفردي في الدانمارك ٢٠ ألف دولار مقابل ٨٠ دولاراً في الموزامبيق.
ـ نسبة التضخم في الدانمارك ٢٪ مقابل ٨٠٪ في الموزامبيق.
ـ الإقبال على التعليم في الدانمارك ٩٥٪ مقابل ٤٪ في الموزامبيق.
ـ نسبة وفيات الأطفال في الدانمارك ١٪ مقابل ١٤٪ في الموزامبيق.

ونكتفي بهذا القدر من عرضنا لنتائج الدراسة حتى نطرح إشكالية المنهجية التي تقرأ هذه النتائج. فالقراءة التي يقدمها المشرفون على هذه الدراسة هي قراءة رقمية بحتة، بحيث تحولت نتائج الدراسة إلى التأكيد على وجود دول غنية ودول فقيرة ودول دائنة وأخرى مدينة وشعوب بائسة ومتخلفة

وأخرى غنية ومتطورة . . . إلخ . فهل يمكن للمعاناة الإنسانية أن تقيَّم على هذا النحو؟ وهل يمكن أن تتوقف إنسانية البحث العلمي عند حدود توجيه النصائح بتحديد النسل لدى شعوب لا يعيش أفرادها أكثر من ٤٨ سنة في المتوسط ويموت أطفالها جوعاً؟

وإذا ما حدث وأصرّ بعضهم على قراءة هذه النتائج بأساليب أخرى فإن هذا البعض يتعرض لاتهامات عديدة كالراديكالية والفوضوية وغيرهما. هذا إذا كان القراء منتمين إلى العالم الأول، أما في حال انتمائهم للعالم الثالث فإن لهم حرية أكبر بسبب عجزهم عن الاتصال بالجمهور (وخاصة جمهور الدول المتقدمة) والمعوقات الأساسية لهذا الاتصال. وهذا الواقع هو من السمات الأساسية المميزة لعبثية الراهن العلمي ـ الإنساني. إلا أن السمة العظمى لهذه العبثية تكمن في كون مجمل هذه الدراسات متصفة بآحادية الاتجاه. بمعنى أن الدارسين ينتمون إلى العالم الأول ويحملون أفكاره المسبقة لدى تصديهم لدراسة العالم الثالث، وهم لا يملكون دراسات، في الاتجاه المعاكس، كي يهتدوا بها. وعن هذه الآحادية يتفرّع التقسيم إلى دول ضعيفة ودول قوية، وإلى دول أرقى يحق لباحثيها تقييم مستوى الحريات والحماية والارهاب في الدول الأدنى، وذلك مع الاهتداء بالاحصاءات المعلنة في الدول الأرقى حول هذه المواضيع. كما أن السير في الاتجاه المعاكس محظر وممنوع بشكل حاسم. فهل يمكن لباحث من العالم الثالث أن يطلع على المعطيات الحقيقية لمواضيع الجريمة المنظمة وتجارة المخدرات والارهاب وأثرها في مستوى الأمن والحريات في الدول المتقدمة نفسها ومن ثم في سائر أنحاء العالم؟

قولنا هذا لا يعني معارضة هذه الدراسات وإنما هو تأكيد على أن نبل أهدافها لا يستطيع أن يعطيها الموضوعية اللازمة كي تقدم الحلول الجاهزة للآخرين. علاوة على محاولة فرض هذه الحلول بقوى الاعلام والإقناع والضغط السياسي. ولنأخذ الحالة اللبنانية تحديداً حيث يوحى بصرف الملايين على مشاكل تقع في أدنى سلم الأولويات بالنسبة إلى بلد يحتاج إلى إعادة نظر منهجية في هيكلياته الأساسية. ففي لبنان نجد محاولة، بل محاولات، ضاغطة للاهتمام بموضوع الإدمان والاتجار بالمخدرات. هذا في حين يصرح برنار فاهي (رئيس وفد برنامج الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات) بالقول: «لا يوجد انتشار مهم للإدمان في لبنان، وبكل سرور أقول إن اللبناني لا يقع تحت سلطة الإدمان . . . إلخ». ومع ذلك يصرّ بعض الخاضعين للإيحاء على القول إن إحصاءاتهم تشير إلى وجود ٣٥٠ ألف مدمن (١٩٨٩) ومئة ألف مدمن (شباط ١٩٩٢) وسبعين ألف مدمن (أيار ١٩٩٢) علماً أن الجهة نفسها هي التي تذيع هذه الإحصاءات المتناقضة والوهمية! وهكذا نقع في فخ الإيحاء الذي يتضخم لدى بعضهم إلى درجة الحصول على إذن رسمي للاتصال بتلامذة المدارس من أجل توعيتهم (في الواقع إثارة فضولهم) لأخطار المخدرات.

مما تقدم يتضح لنا أن المسألة إنما تتعلق بالمنهجية. ولنا على منهجية هذه الدراسات مآخذ عديدة نعرضها بقصد الحؤول دون قيام باحثينا بتقليد هذه المنهجية وصولاً إلى نتائج متشابهة إيحائياً. وهذه المآخذ هي:

أ ـ إن العوامل العشرة (التي اعتمدت عليها الدراسة) هي عوامل نسبية وغير ثابتة. إذ يمكن للزلازل والبراكين وموجات الأمراض أن تحصد الآلاف من السكان مؤثرة على متوسط الأعمار بغض النظر عن الدول التي يعيشون فيها. أما مستوى التغذية فإنه لا يتسم بصدق الدلالة إلا في المجتمعات

الجائعة. ومتوسط دخل الفرد يفقد معناه ودلالاته في الدول النامية حيث الفروقات الطبقية الهائلة. هذا علاوة على نسبية معايير تقييم الحريات والحقوق المدنية.

ب ـ اعتماد مبدأ العلامات لكل عامل من العوامل. وهذا الاعتماد يعكس الميل إلى تحويل المعاناة الإنسانية والإنسان نفسه إلى مجموعة أرقام. ولسنا بحاجة إلى مناقشة خطر هذا التحويل.

جـ ـ إلغاء خصائص الشعوب والأفراد. وهنا نتساءل مثلاً عن غياب عامل يفوق في أهميته العوامل العشرة (التي اعتمدتها الدراسة) مجتمعة. ونقصد بهذا العامل: «نسبة الانتحار» التي تعكس بصورة أصدق مستويات البؤس. وكذلك العوامل المتعلقة بالبؤس المعنوي الذي تتعرض له شعوب كاملة. حتى إن تلك الدراسة لم تأخذ في اعتبارها أياً من هذه العوامل.

نهايةً نقول إن انتقاداتنا لا تلغي منهجية الدراسة ولا طريقة قراءتها وإنما هي طريقة أخرى في رؤية الحقيقة وهي في اعتقادنا وسيلة لرؤية أوضح لهذه الحقيقة. ونحن إذ نختلف في رؤية كل منا لهذه الحقيقة فإننا نرد هذا الاختلاف إلى تفاوت مستويات الطرح وقنواته وليس إلى خطأ رؤية وصواب الأخرى. فالعالم ليس بذلك الشيء الجامد والثابت بل هو قابل لإعادة التشكيل، وبهذا فإن الإنسان يبتدع عالمه من خلال مجموعة من السيروورات التي لا تتوقف عند حدود الأشخاص أو الأفكار أو النظريات. لأن هذا العالم يسير نحو النمو والتطور ومستقبله يتكون في الحاضر من خلال الممكنات التي نتقيها من هذا الحاضر. وهذا ما سيجعل من هذه الممكنات أموراً بديهية أو مستحيلة. والرقي الإنساني في نموه يستتبع احترام جميع الآراء (حتى ما بدا لنا منها باطلاً أو مقصراً عن استيعاب الواقع) طالما أن أصحابها يعتنقونها بإيمان وبصدق. ومن هذا الاحترام ينبع الاعتراف الناجز بالآخر وصولاً إلى التعاون معه في سبيل رؤية أكثر شمولية وتسامحاً للواقع، وذلك بعيداً عن أي تمييز وعن كل أنواع الأفكار المسبقة التي تسيء إلى العالم من خلال تعاملها مع الحقيقة على أنها ثابتة وجامدة ومصبوبة في قوالب لا تشبهها على الاطلاق.

إنطلاقاً من هذه النظرة نعلن عدم إيماننا بمواقف الرفض الساذج وكذلك بُعدنا عن تبنيها المجاني شأن العقول الأسيرة. فنحن نتفق مع شمولية منطلقات تلك الدراسة الهادفة إلى معاينة وتسجيل المعاناة البشرية. ولكننا نفرق هنا بين البعد العلمي الإنساني لهذه الدراسة وبين بعدها الإيديولوجي. ومعيار هذا التفريق هو الفعالية الإجرائية لنتائج هذه الدراسة بالمقارنة مع المعطيات الموضوعية لواقع الدول النامية إجمالاً ودولنا العربية خصوصاً.

وهكذا نلاحظ أن لهذه الدراسة بعداً إيديولوجياً باطنياً هدفه فرض النموذج الفكري الأميركي كنموذج موحد يهيمن على الفكر العالمي. وفي هذا السياق تأتي مثل هذه الدراسة وكأنها حصان طروادة الذي يتسلل عبره الفكر الأميركي إلى الدول النامية. ومن هذه السمات ذكرنا ايديولوجية تصنيف الدول إلى غنية وفقيرة وتحويل المعاناة إلى أرقام... إلخ. وإذا ما انتقلنا الآن إلى مناقشة الفعالية الإجرائية لنتائج الدراسة، نرى أن هذه النتائج قد حددت سلفاً من خلال منهجية الدراسة.

ماذا نفعل؟ هل نطلب من هذه الأمم تحديد النسل ومتوسط عمرها لا يتجاوز الخمسين سنة؟ أم نطلب منها رفع مستوى الدخل الفردي وهي تعاني التضخم والمديونية؟ أم تأمين التعليم الجامعي،

وهي تكاد تعاني المجاعة؟ . . . إلخ من هذه الحلول التي يسوقها الإعلام الغربي وينشيء لها المؤسسات في الدول النامية، وذلك على طريقة الملكة التي نصحت شعبها بأكل البيسكويت عندما يفتقد الخبز! وبهذا نصل إلى السؤال عن الحل. فما هو الحل إذاً؟

إن الحلول كثيرة وجميعها تبدأ من تملكنا للقدرة على الفصل بين ما هو علمي - إنساني وبين ما هو إيديولوجي .وهذا يعني في ما يعنيه أن نهتدي بأرقام تلك الدراسة ولكن أن نتجنب أثرها الإيديولوجي الإيحائي. فإذا ما أردنا مباشرة دراسة من هذا النوع تجنبنا الانطلاق من العوامل العشرة وأرقامها وعلاماتها إلى منطلقات أكثر إنسانية والتصاقاً بالواقع المعيوش من قبلنا والمجهول من قبل الباحث الغربي، وبهذا قد نصل إلى الحلول التي تتناسب مع واقعنا وهي كثيرة. وفي البداية علينا تعقيل واقعنا.

٥ - الرُهاب اللغوي

منذ بضع سنوات استوقفني بحث في الطب النفسي كان قد تصدى لظاهرة ارتفاع نسبة الانتحار في منطقة بريتانيا الفرنسية. في ذلك البحث كان المؤلف يؤكد وجود رابطة بين إحساس سكان تلك المنطقة بالإحباط بسبب تراجع واضمحلال لغتهم الأم، وذلك لمصلحة اللغة الفرنسية، وبين زيادة نسبة إقدامهم على الانتحار. حيث برَّر المؤلف هذه الرابطة من خلال الاحساس بتلاشي أهمية الأنا التي تفقد هويتها بفقدانها للغتها الأم. بذلك يطرح المؤلف مفهوم اللغة ككائن وليس كمجرد وسيلة اتصال. حتى إن أبناء اللغة يتعلّقون بها تعلّقهم بالكائنات التي يصعب عليهم العيش بعد موتها.

لكن اللغة - الكائن ليست دائماً تلك الأم الحنون، بل يمكنها أن تكون مصدراً للتهديد ولإثارة الهلع. فرهاب الفرنسيين من اللغة الانجليزية وخوفهم على لغتهم ليسا إلا وجهاً من وجوه اللغة ككائن مهدَّد، دون أن يعني ذلك أن نسبة الانتحار في فرنسا سترتفع بسبب هذا التهديد. فاللغة الفرنسية ليست عرضة للاضمحلال، فالتهديد يقتصر على صعيد الانتشار والسطوة الثقافية.

المسألة إذاً إغواء يؤدي إلى السطوة، والصراع في هذه المسألة هو صراع هيستيري يرافقه رهاب هو في حقيقته الخوف من فقدان القدرة على السيطرة من خلال فقدان القدرة على الإغواء. هذا الرهاب يصل إلى قمته عندما تبدأ اللغة بفقدان سيطرتها على أبنائها حتى تستميلهم اللغات الأخرى.

ونحن العرب أصحاب خبرة بهذا النوع من الرهاب الهيستيري، وبإمكاننا تقديم النصائح الاستشارية في هذا المجال سواء إلى الفرنسيين أو إلى غيرهم. لذا نقول بأن علاج الفرنسيين لرهابهم هو علاج خاطىء تماماً وهو غير مجدٍ. فهذا العلاج يعمل على محورين: **الأول**، هو ترسيخ الفرانكوفونية والعمل على توسيع رقعتها. **والثاني**، هو حماية الفرنسية داخل فرنسا بمحاولة استصدار قوانين تفرض بث الأغاني الفرنسية بنسبة أربعين بالمئة من مجمل الأغنيات المذاعة. أو حتى تفرض غرامات على مستخدمي مفردات انجليزية لها مرادفات فرنسية؟!

ومهما بلغ الحماس لهذه العلاجات فإنها ستفشل حكماً ونقولها عن خبرة وعن دراية. فمهما كانت وسائل وإغراءات ترسيخ الفرانكوفونية والجوائز الممنوحة للمبدعين الفرانكوفونيين، فإن كل ذلك لن

ينفع في وجه الفعالية المتزايدة للغة الانجليزية وهي فعالية تستغل تطورات وسائل الاتصال لتعلن عن نفسها ولتؤكد عالميتها وتراجع ما سواها من اللغات. مما سيجعل إقناع الفرانكوفونيين بأن تطور بلادهم وإنماءها سيكونان مشروطين بتخليهم عن اللغة الفرنسية وبإقبالهم على الانجليزية. هذا هو الواقع الذي يدركه الفرنسيون ويمارسونه مع عملهم على حجبه عن الناطقين بلغتهم. فلو أخذنا العلوم النفسية تحديداً لوجدنا أن غالبية الباحثين الفرنسيين يحاضرون بالانجليزية وأن العديد من مجلاتهم باتت تصدر باللغتين (فرنسي ـ انجليزي). حتى بات إصرارهم على الفرانكوفونية إصراراً لا مبرر له.

عند هذا الحد يتساءل القارىء: ما هو العلاج الصحيح إذاً؟

إن علاج هذه الحالة شأنه شأن علاج بقية الحالات الرهابية. حيث إن الرهاب هو خوف غير منطقي لأنه يفتقد المبررات الموضوعية. فالتعددية اللغوية ليست سوى مظهر حضاري من مظاهر الثقافة الإنسانية العالمية. فالأحادية اللغوية لم تعد ممكنة بعد التطورات اللاحقة بالاتصالات، هذه التطورات التي ستعيد تصنيف اللغات بناء على معطيات جديدة. حيث لن يعتمد هذا التصنيف على عدد الناطقين بلغة ما، بل هو سيعتمد على مدى مرونة إنتاجها (الفكري والعلمي والإبداعي) وقدرته على الاستجابة للحاجات الإنسانية المشتركة بين الشعوب، وخصوصاً من بينها الحاجات الغريزية الأساسية. حتى ليبدو مسلياً أن نعرف بأن سبباً أساسياً من أسباب انتشار الانجليزية هو قدرتها على إنتاج وسائل التسلية واعترافها بالتسلية كواحدة من الحاجات الإنسانية في عصر القلق.

ولكن لماذا اهتمامنا بأزمة الثقافة الفرنسية وبرهابها؟ إن لهذا الاهتمام مبرراته العديدة وفي طليعتها التوحد وفي سياقها أن العديد من بلداننا العربية متورط بهذا الأزمة من خلال فرانكوفونيته التي لا يمكن تجاوزها بالسهولة المطلوبة. فطفلنا مثقل الوعي بلغتين (عربي ـ فرنسي) منذ دخوله إلى المدرسة، فإذا ما احتاج إلى الانجليزية يجدها عسيرة عليه وذلك على عكس الطفل الفرنسي الذي يمكنه تعلم الانجليزية إلى جانب لغته الأم. أضف إلى ذلك أننا لا نملك القدرات الكافية لتحويل مدارسنا وجامعاتنا إلى الانجليزية. بذلك يصبح ارتباطنا بأزمة اللغة الفرنسية أوثق وأعمق تورطاً من الفرنسيين أنفسهم، حتى إننا نحتاج إلى مهلة زمنية غير قصيرة كي نتمكن من تخطي هذه الأزمة، التي لا تشكل مجرد اغواء هيستيري، بالنسبة لنا، بل هي تشكل انتكاسة مرضية لحالة الفصام اللغوي الذي نعيشه.

وسواء تعلق الأمر بالأم الحقيقية (اللغة العربية) أو بالأم البديلة (اللغة الأجنبية) فإن علينا أن نفرق بين التبعية والتعلّق المطلق بالأم، اللذين يعيقان تطور الشخصية القومية، وبين مظاهر العقوق والتنكر والتمرد النرجسي التي تصل إلى حدود اتهام الأم بتهم شتى منها تهمة القصور العقلي والفكري بما يستتبع الدعوة إلى التخلي عنها وتحقيرها بإجبارها على قبول تعديلات أساسية في بنيتها (مثال ذلك دعوات العامية والغاء تشكيل أواخر الكلمات. . . إلخ).

إن أبسط مبادىء الوفاء للأم ـ اللغة مبدأ يتبعه جميع أبناء اللغات الأخرى حتى بات هذا المبدأ من المسلمات ومفاده أن «على الأبناء أن يتلقوا تعليمهم بلغتهم الأم»، دون أن يعني ذلك عيشهم بمعزل عن بقية اللغات وعزوفهم عن تعلّمها والتعامل بها.

ولكي نكون أكثر وضوحاً فإننا ندعو إلى المقارنة بين المجلة المغاربية للطب النفسي وبين المجلات

الاختصاصية الأسيرة المواضيع. فالأولى تصدر باللغة الفرنسية لكنها تناقش مواضيع مغاربية صميمة. في حين تصدر الأخرى باللغة العربية وغالباً بأقلام باحثين عرب لكنها تناقش مواضيع لا تمت إلى واقعنا المعيوش بصلة. بحيث نرى في النموذج الأول منبراً للتخاطب عبر الحضاري بينما يشكل النموذج الثاني شكلاً من أشكال التبعية والأسر العقلي.

من هنا القول إن عصر الاتصالات سيحوّل مشاريع النقاء الثقافي إلى مشاريع منسجمة مع دعوات التطهير العرقي والديني. فهذا النقاء يقتضي عزلة لا يسمح بها عصر الاتصالات تلك التي لا يمكن مواجهتها إلا من خلال جهاز قِيَم متين في مرونته.

على هذا الأساس كانت دعوة الداعين إلى تعريب العلوم وتدريسها باللغة العربية، وعلى هذا الأساس كانت مساهمات مجلة **الثقافة النفسية** في تعريب العلوم النفسية، على أن يكون ذلك خطوة على طريق دعم القيم التي تمثلها الأم ـ اللغة. هذه الخطوة هي حق من حقوق العربية لأنه حق تمارسه كل لغات الأرض من اليابانية إلى العبرية. فهل من خدمة نقدمها إلى مجتمعنا وهل من دعم لشخصيتنا وهل من أمل في المساهمة في إنماء مجتمعاتنا عن طريق تطبيق اختبارات وأدوات بحث معدة لبيئة ولظروف غير بيئتنا وظروفنا، بحيث يعطينا تطبيقها نتائج تجافي الواقع وتتحدى المنطق؟ من هنا ضرورة تعديلها وتطويعها وفق ظروفنا كي نتمكن من استخدامها للوصول إلى نتائج موضوعية ومنطقية، وهذه العملية هي التعريب. فإذا ما تم هذا التعريب فإن الترجمة تصبح من الأمور الثانوية. إذ لا مانع لدينا من تطبيق اختبار معرَّب باللغة الفرنسية إذا كان المفحوص فرانكوفونياً ـ عربياً. لكن موانع عديدة ستعترض أنواعاً خاصة من الفرانكوفونية والأنجلوفونية. مثال ذلك أن نطبق الاختبار المعرَّب بالعربية مع مفحوص يتقن العربية ثم نعود لنترجم جميع هذه المعلومات إلى لغة أجنبية. ففي هذه الحالات تكون هذه الترجمة هدراً لا طائل تحته.

إن أجواء الواقع الثقافي العالمي لم تعد تقبل الانغلاق الفكري والثقافي واللغوي وهي تميل إلى فرض واقع عالمي عبر حضاري يترك لكل ثقافة مسؤولية الحفاظ على هويتها وخصوصيتها. من هنا كانت مسؤولية الاختصاصيين النفسيين العرب مسؤولية كبيرة للمساهمة في الحفاظ على خصوصية الشخصية العربية ودعم توازنها بترسيخ علاقاتها بأمها اللغة، بما في ذلك إصلاح ذات البين بين هذه الأم وأبنائها عن طريق إفهامهم بأن الأمهات البديلات لا يعترفن بخصوصية ولا هن يرعين حرمة هوية، إلا هوية وخصوصية أبنائهن. إنها دعوة إلى احترام كل اللغات بعيداً عن الرهاب وعن الهلع.

٦ ـ العرب بين الارهاب والبحث العلمي

في كتابه **قراصنة وأباطرة** يذكر العالم نوام تشومسكي رواية قبض الاسكندر على أحد القراصنة ومحاكمته له وسؤاله عن سبب اعتراضه للناس. في دفاعه يجيب القرصان: أنا أعترض السفن وأنت تعترض العالم، أنا أرهب الأشخاص وأنت ترهب الشعوب. وبعد هذه الرواية يستخلص المؤلف أن تهمة الإرهاب توجَّه اليوم إلى الأمم الأضعف في حين يتم التغاضي عن إرهاب الأقوياء.

والواقع أن لهذه المواقف المتناقضة من مفهوم الإرهاب مبرراتها وأسبابها الموضوعية. فلو أخذنا

مثلاً مسألة الإرهاب الصهيوني نجد أن هذا الإرهاب قد وجد تغطيته من خلال خطة مدروسة علمياً بشكل فائق الدقة، حتى تحول الإرهاب إلى مجرد دفاع عن النفس ومحاولة لحفظ النوع والاستمرارية. فلدى مراجعتنا لأبحاث علم نفس الحروب والكوارث نلاحظ أن السواد الأعظم من هذه الدراسات يتمحور حول موضوع معاناة اليهود من الأسر النازي ومن ثم حول معاناة المتعرضين للإرهاب العربي! وبهذا تمت تغطية مذابح دير ياسين وغيرها من المذابح الصهيونية السابقة واللاحقة.

مثال ذلك ما أذاعه الراديو الإسرائيلي صبيحة أحد أيام حرب الخليج وكان خبراً مفاده أن كهلاً إسرائيلياً قد توفي نتيجة للإرهاق والشدة الناجمين عن الخوف من تعرض بلاده للقصف فأصيب بذبحة قلبية وتوفي. ومثال آخر يتجلى في دراسة نشرت بعد مضي عشرين عاماً على نهاية الحرب العالمية الثانية وفيها أن معاناة الأسر النازي قد أدت إلى إصابة بعضهم بمرض الهرم المبكر. وهنا نتساءل عن عدد اللبنانيين الذين توفوا بسبب إرهاق وشدة الحرب التي دامت سبع عشرة سنة وتخللتها آلاف الانفجارات (السيارات المفخخة والقذائف والقصف... إلخ). لقد فشلنا نحن اللبنانيين في عرض معاناتنا سواء على صعيد الدراسات الطبية والنفسية والاجتماعية كما على صعيد الإبداع الأدبي والفني. ومن هنا ظن الآخرون أننا لا نعاني وحاسبونا كشعب على عدد من ردود الفعل المحدودة صنفوها في خانة الإرهاب.

ويومها صُنفَ الشعب اللبناني بأسره في هذه الخانة حتى لم يعد اللبناني قادراً على الحصول على تأشيرة دخول إلى معظم بلدان العالم. وهذا الوضع يمتد إلى الكوارث العربية كافة. فنحن لا نجد أية دراسة علمية تتناول الناجين من الطائرة الليبية التي أسقطتها إسرائيل أو الناجين من زلزال أغادير أو من الحروب العربية ـ الإسرائيلية والعربية ـ العربية أو من كارثة الاجتياح الإسرائيلي للبنان عام ١٩٨٢... إلخ. وأمام هذا الغياب المؤسف للدراسات الكارثية العربية بدا وكأننا لا نعاني من وقع الكوارث حتى وصلت الصفاقة بأحد الباحثين الصهاينة إلى القول بأن العرب لا يعقلون الكوارث بشكل جيد لأنهم يلجأون إلى التسليم!!

عند هذا الحد نود التأكيد على التزامنا حدود الموضوعية العلمية الخالية من المواقف المسبقة ومن استباحة العنف. ومن هذا الموقع نقول إن تحضّر الإنسان جعله يرتقي ويتسامى في عواطفه وفي ممارساته وجعل للمشاركة الإنسانية صداها وتأثيرها بحيث تهزنا وتثير عواطفنا تلك الأفلام التي تعرض لمعاناة اليهود في مخيمات الاعتقال وذلك على الرغم من مضي الوقت على هذه المعاناة (لم يعد من الضحايا من هو على قيد الحياة) وعلى الرغم من أن أبناءهم يرتكبون المجازر بحقنا. وهنا نتساءل ماذا فعلنا نحن العرب في سبيل عرض معاناتنا وكوارثنا؟ وهل نتوقع من الآخرين إنفاق الأموال والخبرات على عرض كهذا أم أننا نتوقع من الرأي العام العالمي أن يتخيل كوارثنا ومعاناتنا من خلال أخبارها في الصحف العالمية والتي لا تتجاوز بضعة أسطر؟

بل ماذا فعلنا من أجل أنفسنا ومن أجل صحتنا؟ هل درسنا هذه الكوارث وسجلنا آثارها حتى نحتاط لها في حال تكرارها؟

ليس قصدنا من خلال هذه التساؤلات تحويل الصراع السياسي إلى الميدان العلمي. فنحن لا نقصد الدخول في مبارزة مع الآخرين، بل إن جل ما نقصده هو ضرورة الاهتمام بمعاناة إنساننا تمهيداً

لتحديد سبل وقايته وعلاجه إضافة إلى المساهمة في نشر معاناته على مشاعر المشاركة الإنسانية لدى الرأي العام العالمي تمارس بعض ضغوطاتها للحدّ من كوارثنا المصطنعة.

إن دارسي الكوارث يتكلمون عن نوع خاص من أنواع الشعور بالذنب الذي يتولد لدى الناجين من الكوارث والصدمات النفسية. وما أحرانا بمثل هذا الشعور اليوم ونحن نرى صعوبة الاستمرار التي تواجه مجتمعنا العربي المعاصر. انطلاقاً من هذه القناعات عمل مركز الدراسات النفسية على القيام بدراسات حول الكارثة اللبنانية وانعكاساتها النفسية والجسدية والاجتماعية. ومن هذه الدراسات ما تم عرضه على منابر أجنبية ومنها ما عُرض من خلال الكتب والمقالات والمحاضرات ونبدأ بـ:

أ ـ الأبحاث الأجنبية:

١ ـ تناذر السيارة المفخخة (بالفرنسية) ـ **الجمعية المجرية للطب النفسي**، ١٩٨٨.

٢ ـ رسم الوقت في أوضاع الكارثة (بالفرنسية) ـ **المؤتمر الدولي للطب النفسي**، ١٩٨٩.

٣ ـ الحرب والمجتمعات النامية (بالانجليزية) ـ **مجلة الجمعية النفسية المجرية**، ١٩٨٩.

٤ ـ الآثار النفسية والبسيكيابرية والبسيكوسوماتية للأحداث الصدمية ـ نموذج صدمات الحرب اللبنانية ـ **الأكاديمية المجرية**، ١٩٩٠.

ب ـ الكتب المنشورة:

١ ـ **دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية**، طرابلس، منشورات مركز الدراسات النفسية في ٣ طبعات: ١٩٨٥، ١٩٨٧، ١٩٩٤.

٢ ـ **الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث** ـ مجموعة من الباحثين ـ بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩١ (وهو يتضمّن ترجمة للاختبارات النفسية المستخدمة في فحص الصدمة).

٣ ـ **الحرب اللبنانية، أمراض نفسية وآفات اجتماعية**، منشورات مركز الدراسات النفسية، ١٩٩٤.

ج ـ المقالات المنشورة:

١ ـ «دور الحرب في زيادة نسب الإصابات بالذبحة القلبية»، **نداء الشمال** ـ آذار ١٩٨٥.

٢ ـ «أمراض الحرب اللبنانية»، **النهار العربي والدولي** في ١٣ تموز ١٩٨٦.

٣ ـ «الشباب في مجتمع الحرب اللبنانية»، **اللواء** في ١٠ شباط ١٩٩٠.

٤ ـ «عوارض السيارة المفخخة»، **الأنوار** في ٢٩ أيلول ١٩٩٠.

٥ ـ «المرأة اللبنانية بين الحرب والأسرة»، **الأنوار** في ٢٧ تشرين الثاني، ١٩٩٠.

٦ ـ «مستقبل الشباب اللبناني»، **الاتحاد الظبيانية** في ٢٩ تشرين الثاني، ١٩٩٠.

٧ ـ «الحرب والمجتمعات النامية»، **الثقافة النفسية**، العدد الأول، ١٩٩٠.

٨ ـ «رسم الوقت في أوضاع الكارثة»، **الثقافة النفسية**، العدد الثاني، ١٩٩٠.

٩ ـ «أزمة الشباب المحارب في لبنان»، **الثقافة النفسية**، العدد الثامن، ١٩٩١.

١٠ ـ «الأمن الاجتماعي والانصهار الوطني»، **الثقافة النفسية**، العدد التاسع، ١٩٩٢.

١١ ـ «عصاب الحرب اللبنانية»، **الثقافة النفسية**، العدد العاشر، ١٩٩٢.

١٢ ـ «ضرورة تعديل التصنيفات الدولية للاضطراب الصدمي»، **الثقافة النفسية**، العدد العاشر، ١٩٩٢.

١٣ ـ «عصاب القلق في العيادة اللبنانية»، **الثقافة النفسية**، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.

بعد هذا العرض نقف لنتساءل عن مدى فعالية مثل هذه الجهود المحلية وعن مساوىء انعدام وجود الدراسات التكاملية على مستوى العالم العربي ككل. فما هي حال الناجين من كارثة الطائرة الليبية التي أسقطها الطيران الإسرائيلي؟ وكيف يعيش مهاجرونا الذين هجّرهم الفقر؟ وما هو مستوى اللياقة النفسية لدى الذين شهدوا كارثة إلقاء قنابل النابالم على مدارس الأطفال يوم كانوا هم أطفالاً وفقدوا بعض رفاق طفولتهم؟ وما هي آثار كوارثنا القومية الكبرى وانعكاساتها بالاذلال المعنوي العام للشخصية العربية؟ بل ما هي حال هذه بعد نكبات ٤٨ و٦٧ ومجازرهما وحروب الخليج ولبنان والصومال... إلخ. إنه الجهل التام، فنحن لا نعرف سوى أننا متخلفون مستسلمون. فهل هذا صحيح أم أنه مجرد إيحاء؟ على أية حال لماذا لا ندرس كوارثنا ونعيد تأهيل شخصيتنا القومية؟!

بل ربما أفادتنا هذه الدراسة في تجنب بعض كوارثنا المستقبلية؟!

٧ ـ العرب والبحث العلمي المشترك

إن دراستنا لقضية البحث العلمي ـ العربي المشترك لا تقتضي منا الغوص بعيداً في الماضي. إذ إن جذور هذا العمل تكاد لا تتخطى الستين عاماً. فقبل هذه الفترة كانت الدول العربية في معظمها تحت سيطرة الاستعمار. وبالرغم من حداثة هذه التجربة فإن هذه الفترة كان يجب أن تكون كافية لتخطي عدد من الإشكاليات التي لا تزال تعيق أي تعاون علمي عربي مشترك. ولكننا قبل أن نتحدث عن هذه الإشكاليات نود أن نستعرض التطور التاريخي لمؤسسات التعاون العلمي العربي وإنجازاتها.

١ ـ لمحة تاريخية:

إن العمل على توحيد الجهود العلمية العربية هو بحد ذاته خطاب قومي ـ سياسي. ومن الطبيعي أن يؤدي اختلاف سياسات الأقطار العربية إلى تعثر هذه الدعوة. ولكن ذلك لم يحل دون ارتفاع أصوات عدد من العلماء العرب ليؤكدوا على دورهم المتخصص وليدعوا إلى الفصل بين اختصاصاتهم وبين السياسة حتى يتمكنوا من تأدية دورهم. وعلى أية حال فإنه من غير الموضوعي تحميل الشقاقات العربية وحدها مسؤولية تعثر هذه الدعوة. فالأمر كان، ولا يزال في بعض نواحيه، كامناً في نقص الخبرات والإمكانيات أكثر من أي سبب آخر. وجاءت جامعة الدول العربية لتلعب دوراً هاماً في امتصاص سلبيات الشقاق السياسي ولتلعب دور المؤسس لعدد من المجالس العلمية العربية ولتقوم بالدعوة إلى عدد من المؤتمرات العلمية على صعيد العالم العربي. وباختصار شديد نعرض للإنجازات التالية للجامعة العربية: ١) قيام «الإدارة الثقافية» للجامعة بعقد تسعة مؤتمرات عربية استطاعت أن تناقش هواجس الباحثين العرب في حينه. ولقد عُقد آخر هذه المؤتمرات في القاهرة عام ١٩٦٩. ثم توقفت هذه المؤتمرات بعد قيام: «المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم» (ظهرت في مطلع

السبعينات). ولقد اندمجت الإدارة الثقافية للجامعة (ومؤتمراتها) في هذه المنظمة. وبدأت المنظمة نشاطها بسلسلة من المؤتمرات المخصصة لوزراء العلم ورؤساء أجهزة البحث العلمي في الدول العربية. وعُقد المؤتمر الأول في بغداد عام ١٩٧٤ ثم توقفت هذه المؤتمرات؛ ٢) يجب ألا يفوتنا التذكير بجهود «مكتب العلوم والتقنيات» بالأمانة العامة للجامعة، وبخاصة «الندوة العربية في موضوع التلوث البيئي» التي عقدت عام ١٩٧٢ (كان المكتب قد تأسس في نهاية الستينات)؛ ٣) «إدارة النفط»؛ ٤) «مركز التنمية الصناعية العربية» (١٩٦٩)؛ ٥) «المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم» - أليسكو (السابقة الذكر) وهي تكاد تنقسم إلى ثلاث منظمات مختلفة (ربما كان من الأفضل تكريس هذا التقسيم).

عن طريق هذا العرض المقتضب لإنجازات الجامعة العربية نلاحظ أنها قد نجحت في وضع أسس التعاون العلمي العربي المشترك. وذلك بالرغم من العثرات والانتقادات العديدة الموجهة إلى هذه الإنجازات، وفي طليعة هذه الانتقادات عجز هذه المنظمات العلمية عن تحقيق فرادتها واستقلاليتها بالرغم من توافر وحدة اللغة والثقافة والهدف.

٢ - عثرات التعاون العلمي العربي:

إذا ما أردنا قياس الأمور بنتائجها فإننا نجد أن منظمات التعاون العلمي العربي لا تزال عاجزة عن استعادة واستيعاب العلماء العرب العاملين في الخارج. بل إن هذه المنظمات لم تنجح في الحد من هجرة أدمغة عربية جديدة. ونحن إذا كنا نتجنب التوسع في موضوع العثرات، فلأننا لا نملك المعطيات الكافية لتحديد حجم أضرار كل منها تحديداً موضوعياً، ولأننا لا نرغب في الخوض في الوجه القومي - العلمي لهذا التعاون. وإنما نقتصر تحديداً على الوجه القومي - النفساني. وفي استقصائنا لعثرات التعاون العربي في هذا المجال نعود إلى المؤتمر الدولي الأخير للطب النفسي (١٩٨٩)، ومن خلاله نستخلص ما يلي:

(أ) - نقص الخبرات: قياساً إلى عدد سكان الدول العربية، وبالتالي إلى الحاجات الفعلية، فإن عدد الأطباء العرب المشاركين كان هزيلاً إلى حدٍ يدعو للتساؤل.

(ب) - مواضيع البحث: إذا ما استثنينا أعمال الأطباء العرب العاملين في الخارج أو المشاركين في أبحاث أجنبية فإننا نلاحظ أن هاجس الأطباء العرب لا يزال محصوراً في تأمين سبل الوقاية والتعليم وتقديم المساعدات الأولية للمرضى، بما يعكس نقصاً هائلاً يزداد أثره بسبب فردية الجهود المبذولة وعدم تنسيقها داخل القطر الواحد.

(ج) - القصور التقني: إن نقص إمكانيات شركات الدواء العربية (تعمل غالبيتها في تعبئة الدواء لا صنعه) يجعل هذه الشركات عاجزة عن المساهمة في برامج بحث علمية على غرار البرامج التي تنظمها الشركات الأجنبية. ومن هنا فإن هذه الشركات كانت عاجزة عن إيفاد باحثين يمثلونها ويعرضون أبحاثها. وقس على ذلك بالنسبة للشركات المنتجة للآلات وغيرها.

(د) - غياب الاتصال: استغلت **الجمعية العربية للطب النفسي** مناسبة وجود الباحثين العرب في مؤتمر أثينا كي تعلن عن مؤتمرها (أقيم في صنعاء في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٩). ولم يكن مستغرباً

أن غالبية الحاضرين في المؤتمر لم يكونوا على معرفة بهذا المؤتمر. بل إن البعض منهم كان يجهل وجود الجمعية العربية للطب النفسي أساساً. وبهذا يمكننا أن نتصور الصعوبة التي تحيط بعمل القائمين على هذه الجمعية. وهنا نتساءل هل هذه الجمعية قادرة على إصدار دورية خاصة بها؟ وهل هي قادرة على نشر وقائع مؤتمراتها والأبحاث الملقاة فيها؟ وهل هي تملك الإمكانيات اللازمة لقيادة الأبحاث؟ . . . إلخ من الأسئلة التي نمتنع عن إعطاء الأجوبة عليها لأننا فعلاً نجهلها!

(هـ) ـ الجمعيات النفسية العربية: لقد كان حضور المؤتمر من قبل الباحثين العرب، حضوراً شخصياً في معظمه. بل إن معظمهم قد حضر على نفقته الشخصية وبصورة إفرادية.

٣ ـ مقومات البحث النفسي العربي:

وفي مقدمة هذه المقومات كون هذا الميدان، على عكس الميادين التقنية، لا يتطلب المختبرات الباهظة التي قد تعجز بعض الدول عن تأمينها. إذ إن كلفة البحث النفسي كلفة متدنية. كما أن الأبحاث النفسية لا تعتبر من الأسرار الخاصة بالدول (باستثناء علم النفس السياسي والعسكري)، وبالتالي فإن إمكانيات التعاون مع مراكز البحث الأجنبية هي إمكانيات واردة ومتوافرة. وعلى هذا الأساس فإنه من غير المنطقي الاستمرار في تجاهل هذا الميدان خاصة وأننا نملك مواده الأولية. فالمادة الأولية لأي بحث نفسي هي الإنسان. والأبحاث النفسية هي من الميادين العلمية القليلة التي لا نزال نملك إمكانية خوضها والتفوق في مجالها.

٤ ـ الخطوات العملية للتعاون النفسي العربي:

لقد عكست مجلة **الثقافة النفسية** طموح هذا التعاون وحاولت تكريسه ضمن الإمكانيات المحدودة لمركز الدراسات النفسية الذي يصدرها. ولكن المؤسسة العلمية الوحيدة القادرة على تحقيق هذا الطموح هي المدرسة العربية لعلم النفس والطب النفسي. وعلى هذا الدرب، تضافرت جهود عربية عديدة بدأت مبعثرة ومتفرقة ثم سعت إلى التكامل. من هذه الجهود نذكر:

أ ـ الجهود ذات المنحى التوثيقي ـ أنظر الفقرة العاشرة في هذا الفصل: «نحو مشروع قومي لتوثيق البحوث النفسية».

ب ـ الجهود الصحافية المتخصصة: حيث تمكن الاختصاصيون العرب من تأسيس عدة مجلات متخصصة وتأمين الاستمرارية لهذه المجلات.

ج ـ الجهود التكاملية: وتتجلى على الصعيد القطري بالجمعيات المحلية وبمراكز الأبحاث الجامعية، وعلى الصعيد العربي بالجمعيات والاتحادات عبر العربية التي تفتح أبوابها أمام الاختصاصيين من كل البلدان العربية ـ ولنا عودة إلى هذه الجهود في الفقرة التالية من هذا الفصل. أما عن نتائج هذه الجهود على الصعيد العملي فهي قد تجلت بعدد من التحركات العربية الجامعة أثمرت عقد عددٍ من المؤتمرات العربية، والتي أسفرت عن قيام مؤسسات جامعة لعل أحدثها الاتحاد العربي لعلم النفس المنبثق عن المؤتمر العربي الرابع الذي عقد في القاهرة العام ١٩٩٤.

ومن الخطوات الجامعة في هذا الميدان نشير أيضاً إلى انفتاح المجلات النفسية العربية على الزملاء

العرب في الأقطار الأخرى، وإقبالها على نشر أبحاثهم بعد أن كادت كل مجلة، أو وسيلة نشر، تحصر اهتمامها بأساتذة البلد الذي تصدر فيه. كما لا بد من الإشارة أيضاً إلى الدور الذي لعبته بعض المجلات الفكرية، والمتخصصة في العلوم الإنسانية، في نشر البحوث النفسية متيحة للاختصاصيين العرب فرص النشر والتعارف.

ولعل هذه التحركات العملية الجامعة تجد أسسها النظرية في تبادل الآراء بين الاختصاصيين العرب حول ضرورات التعديل والتقنين قبل استخدام الاختبارات والمنطلقات العيادية (من تشخيصية وعلاجية وانذارية) في عيادتنا العربية. فالأساس هو أن نتوصل إلى تعميم ما هو قابل للتعميم حتى نفيد منه، دون إهمال الأهم ألا وهو تمييز ما هو خصوصي وغير قابل للتعميم حتى لا نتضرر منه.

من جهته بذل مركز الدراسات النفسية بعض الجهود المتواضعة على هذا الدرب، وهو ما سنتحدث عنه بشيء من التفصيل في الفصل الثامن: «أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي».

٨ ـ الشخصية العربية بين القرد والسمكة

درجت مسؤولة في برامج التنمية في الأمم المتحدة على رواية الحكاية التالية لموظفيها الجدد: «كان هنالك قرد شجاع وذو حمية. ورأى هذا القرد سمكة تسبح بعكس التيار فأثارت شفقته ودبت فيه الحمية فخاطر بالتعلق بغصن شجرة واحتال كي يطال الماء ويخرج السمكة منه وهو يظن أنه ينقذها من الغرق!».

أما عن عبر هذه الحكاية فتشرحها المسؤولة كما يلي: «إن الحماس والنية الحسنة والرغبة الصادقة كلها لا تكفي إذا نحن لم نأخذ في الحسبان البيئة الملائمة والمناسبة للتنمية. وهذا يعني أنه ليس بمقدورنا تعميم الحلول فهذه قد تنجح في مجتمع وتفشل في آخر. فالحل الذي يلائم القرد لا يلائم السمكة، وما اعتبره القرد بطولة كان جريمة بحق السمكة».

المؤسف أن نفوذ هذه المسؤولة محدود بحيث يعجز عن وقاية الدول النامية من أخطار الحلول الجاهزة. ولكم نود أن تعمم هذه الحكاية وتروى لأولئك الذين يقوّمون الشخصية العربية من خلال معاييرهم الخاصة، ولتلك العقول الأسيرة التي تحاول نقل حلول ونظريات دون إدراك لخلفياتها الفكرية ودون إدراك لكُنهِ حكاية السمكة التي تحتاج لتحسين مواصفات المياه التي تعيش فيها وليس لإخراجها من الماء. هذا التحسين يجب أن يكون هدفاً لجميع خطاباتنا النهضوية ومنها طروحات تعريب العلوم الإنسانية وعلم النفس من بينها. فمن الصحة بمكان أن تختلف هذه الطروحات حول تصورها لمواصفات المياه الملائمة للسمكة وحول الامراضية وليس بالاختلاف على المكان الذي نضع فيه السمكة بعد إخراجها من الماء! فإذا ما حاولت السمكة العودة إلى الماء فإن من واجبنا احترام رغبتها في هذه العودة واعتبارها علامة حياة وليس دليلاً على الجنون والرغبة بالانتحار. فهل تملك القرود الرقي الكافي لاحترام هذه الرغبة والتعامل معها؟

والواقع أن العقد الأخير قد شهد تكريساً لاحترام الظروف الموضوعية للبيئة العربية وخاصة لجهة

أثرها على صعيد القدرات التكيفية للإنسان العربي. وكانت العلوم النفسية هي المدخل إلى هذا الاحترام حيث برز من علمائنا عدد من مالكي القدرة والمستوى لمحاورة القرود وإقناعها بخصوصية حاجات السمكة والظروف البيئية التي تحتاجها. وفي طليعة هؤلاء نذكر الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي الذي طرح الشخصية العربية للنقاش مميزاً بين حاجاتها وحاجات الآخرين وداعياً إلى الاستجابة لهذه الحاجات وعدم الضياع في خضم عبثية دراسة مشاكل الآخرين وحاجاتهم. وكذلك الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام الذي يدعو إلى إدراك أثر البيئة في ترسيخ بعض المعتقدات، متعددة الأصعدة، على تكوين الشخصية العربية. فيعارض التقسيم الدولي العاشر للأمراض لكونه ينظر إلى هذه المعتقدات وكأنها علائم فصامية. وهذا الموقف يستحق الإكبار والوقوف طويلاً عند الفكر الكامن خلفه والذي يتطلب الترسيخ كمدرسة وليس كمجرد تيار فكري. وفي هذا السياق علينا ألا نهمل جهود علماء آخرين مثل الدكتور فريد عكاشة (**أي طب نفسي لبلد نام؟**) ود. أحمد درويش (**تناذر الزوجة الأولى**) والأستاذ الدكتور أحمد محمد عبد الخالق في جهوده نحو تعريب الاختبارات النفسية حيث يشاركه في هذه المهمة المئات من باحثينا. وكذلك الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة الذي يمثل المنطقة في الجمعية الدولية للطب النفسي إضافة إلى مهامه وجهوده الأخرى وتطول القائمة.

والأهم من ذلك كله قدرة اختصاصيينا على تخطي مبدأ المجموعة والتيار العلمي الفكري إلى مرحلة أكثر تطوراً وهي مرحلة المؤسسات وأهم هذه المؤسسات تلك الجامعة لجهود الاختصاصيين العرب. ويهمنا أن نذكر:

١ ـ **اتحاد الأطباء النفسيين العرب** ويرأسه الأستاذ الدكتور عدنان تكريتي ويصدر **المجلة العربية للطب النفسي**. وهي وسيلة تخاطب عبر حضارية غير ذات سابقة. وفيها من الأبحاث ما يبشر بإرساء دعائم مدرسة عربية للطب النفسي.

٢ ـ **الاتحاد العربي لعلم النفس**، وقد دعا المؤتمر العربي الأول إلى إنشائه.

٣ ـ **الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية** ويرأسها الأستاذ الدكتور أسامة الراضي. وهي تصدر مجلة النفس المطمئنة التي يرأس تحريرها أ.د. جمال ماضي أبو العزايم.

٤ ـ المراكز الجامعية المتواصلة مع الاختصاصيين العرب ومنها:

أ ـ مركز دراسات **الطفولة** ـ جامعة عين شمس ويرأسه أ.د. عادل صادق.

ب ـ مركز **الإرشاد النفسي** ـ جامعة عين شمس ويرأسه أ.د. عادل الاشول.

ج ـ مركز **معوقات الطفولة** ـ جامعة الأزهر ويرأسه أ.د. فاروق محمد صادق. ويصدر مجلة **معوقات الطفولة**.

٥ ـ الجمعيات النفسية القطرية الساعية إلى التكامل ونعرف منها:

أ ـ **الجمعية المصرية للدراسات النفسية** ويرأسها أ.د. فؤاد أبو حطب. وتصدر الكتاب السنوي.

ب ـ **جمعية الصحة النفسية** ويرأسها أ.د. جمال ماضي أبو العزايم.

ج ـ رابطة الأخصائيين النفسيين في مصر ويرأسها أ.د. صفوت فرج. وتصدر مجلة دراسات نفسية.

د ـ الجمعية المصرية للطب النفسي ويرأسها أ.د. أحمد عكاشة.

هـ ـ الجمعية النفسية اليمنية ويرأسها د. حسن قاسم خان. وهي تصدر مجلة الصحة النفسية.

و ـ الجمعية الأردنية للتأهيل النفسي ويرأسها د. وليد سرحان.

بعد هذا الاستعراض الموجز لتقنين جهود الباحثين العرب وتوجيهها نحو العمل الجماعي ـ المؤسساتي نود أن نستعرض نتائج هذا التقنين التي تمخضت عن النتائج التالية:

أ ـ عقد خمسة مؤتمرات لاتحاد الأطباء النفسيين العرب كان آخرها في المغرب في تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٢.

ب ـ عقد تسعة مؤتمرات للجمعية المصرية للدراسات النفسية كان آخرها المؤتمر العربي الأول لعلم النفس.

ج ـ عقد ندوة جنوح الأحداث في اليمن للجمعية النفسية اليمنية.

د ـ عقد مؤتمر الطفولة في الإسلام لجامعة الأزهر.

هـ ـ عقد مؤتمرات عدة للإدمان في مختلف أنحاء العالم العربي.

و ـ عقد مؤتمر «نحو علم نفس عربي» لمركز الدراسات النفسية ـ طرابلس (لبنان) في كانون الثاني/ ديسمبر ١٩٩٢.

والواقع أن مجمل ما استعرضناه يتعلق فقط بما وصلت إلينا أخباره من هذه الجهود. وهذا يطرح الصعوبات التواصلية الشائكة التي تواجه تكامل الجهود في الميدان المعني. وهذه الصعوبات هي التي طرحت ضرورة إعداد الدليل النفسي العربي في عداد توصيات المؤتمر الأول للثقافة النفسية. وانسجاماً مع قصة القرد والسمكة نجد أن من واجب الاختصاصيين كأفراد أن يتريثوا قبل اعتمادهم الحلول الجاهزة. ومن واجبهم أيضاً أن يسجلوا مواصفات المياه الأنسب لحياة السمكة وأن يبذلوا الجهود لإقناع القرد بأن مساعدتها لا تعني إخراجها من الماء.

ويتكامل هذا الواجب الفردي من خلال اجتماع جهود الاختصاصيين العرب وتنظيمهم للدراسات عبر الحضارية والمساهمة في القائم منها، بما يتيح لهم تقديم تعريف إجرائي لخصوصيات الثقافة العربية وبصمات هذه الخصوصيات على شخصية الفرد العربي في سوائه وفي مرضه. وهذا التعريف الإجرائي لا يجد الاعتراف به إلا من خلال المشاركة في المقارنات عبر الحضارية، أي من خلال الانفتاح وليس من خلال الانغلاق.

٩ ـ نحو استراتيجية قومية للدواء النفسي

سبق لمجلة الثقافة النفسية أن أثارت هذا الموضوع في أكثر من مناسبة وبعدة وسائل علمية وإعلامية ولكننا نعيد طرحه اليوم بتركيز أكبر، تدفعنا إلى ذلك واقعة شهدناها وعايناها شخصياً. فقد

حضرنا ندوة طبية عرض فيها أحد الاختصاصيين الأجانب تجاربه مع أحد الأدوية الجديدة التي تقتضي نظاماً غذائياً خاصاً لدى استعمالها. مفاجأة الندوة بل قل كارثتها تمثلت بالسؤال الذي وجهه أحد الاختصاصيين العرب، بل لنقل الاستعراض لأن ما قاله لم يكن سؤالاً بل عرضاً لتجربة فريدة من نوعها. قوام هذه التجربة كان إعطاء ثلاثة أدوية متشابهة المفعول في آنٍ معاً ولمريض واحد. أما الدواء الأول فكان هو موضوع الندوة واستعماله يتعارض مع استعمال الدوائين الآخرين، إضافة إلى كونه جديداً مما يقتضي الحذر والتأكد من آثاره الجانبية المحتملة. أما الدواء الثاني فقد سبق للشركة تسويقه مرات عديدة مع تغيير وجهة استعماله في كل مرة. فهو معقِّل مرة ومهدىء مرة أخرى ومضاد للفصام مرة ثالثة وهكذا دواليك حتى تغيرت وجهة استعماله خمس مرات خلال خمس سنوات ومع ذلك لا يزال الدواء مسوَّقاً عندنا. هنا نأتي إلى الدواء الثالث الذي أظهرت الأبحاث أنه تسبب في تشجيع الميول الانتحارية لدى ٥٦٠٠ مريض إضافة لعدد مماثل من المرضى ممن عانوا مضايقات من نوع آخر بسبب هذا الدواء.

لقد استعمل زميلنا هذه الأدوية مجتمعة لدى مريض واحد وهو قد كرر هذه التجربة حتى تمكن من مناقشة المحاضر بالقول: إن الدواء الذي تعرضه يتسبب في المشاكل إذا ما استعمل مع الدوائين الآخرين!

الزميل الأجنبي كان مهذباً فأجاب: «ليست لدي معلومات عن تجارب مشابهة»!!

بدورنا لم نتعرض لهذا الزميل ولكن فلسفته العلاجية طرحت في ذهننا مجموعة معقدة من الأسئلة، التي تتوالى كالسيل الجارف في مثل هذه المواقف، ومنها:

١ ـ عندما نستعمل ثلاثة أدوية مجهولة الآثار [على الأقل، غير محددة الآثار بدقة] ويحدث أن يصاب المريض بمكروه ما، كيف نستطيع عندها معرفة الدواء ـ السبب؟.

٢ ـ كيف نسمح لأنفسنا بهذا الجمع بين أدوية تدور حولها الشبهات. وإذا كنا نسمح بذلك (بسبب الجهل أو لأي سبب آخر) فما هي الضوابط التي تحمي المريض؟.

٣ ـ ما هي القوانين والضوابط التي تحمي المريض العربي من جشع بعض شركات الأدوية؟ خصوصاً وأن بعضها لا يزال يسوِّق، في الدول العربية، أدوية سُحبت من أسواق الدول المنتجة منذ سنوات!

٤ ـ هل توجد دراسات تتحرى مبادىء اختصاصيينا وأسلوبهم في انتقاء الأدوية لوصفها كعلاج؟ وبمعنى آخر هل يتمحور وصف الدواء حول الدعاية التسويقية للأدوية؟

٥ ـ عندما يتعرض المريض الأجنبي لأذى الدواء فإنه يلجأ إلى القضاء مطالباً بالتعويضات التي قد تصل إلى حدود المليون دولار أو يزيد. فهل يحصل مثل ذلك في حالة المريض العربي؟ أساساً هل يعي هذا المريض العلاقة بين الدواء وبين الأذى؟

٦ ـ هل تخضع وصفات الأدوية النفسية للرقابة؟ فإذا ما خضعت لها فما هو موقف الرقابة من الوصفة التي تجمع بين هذه الأدوية؟ وهل يمكن لهذا الموقف أن يتناسب مع مخاطر هذا النوع من الجمع بين الأدوية طالما أن هذه الأدوية مسوقة ومقبولة بصورة شرعية؟

٧ ـ ما هي معايير وشروط قبول إدخال الدواء والسماح باستعماله؟ وإذا كانت هذه كافية فما هي الطريقة لإعادة النظر بهذا السماح إذا ما ثبت إضرار الدواء بالمرضى؟

٨ ـ هل يوجد تنسيق عربي على هذا الصعيد؟ فإذا كان موجوداً فعلى أي المستويات؟

٩ ـ هل تبقى هذه الأسئلة في إطار المشاكل الطبية أم أنها تحولت سلفاً إلى سياسية؟

١٠ ـ بعد كل ذلك كيف يمكننا إقناع المريض بضرورة العلاج الدوائي وهو يخشاه بطبعه وبسبب محيطه وها هو يخشاه بالتجربة أو على الأقل بالوقائع الإحصائية الدامغة؟

تطول قائمة هذه الأسئلة ويتنامى سيلها فنتوقف عن طرحها بتسلسل الأفكار التي تتداعى في سياقها، حتى ننتقل إلى محاولة تحري وجوه هذه الأزمة ومناقشتها واقتراح الحلول لها ومن ثم طرحها للمناقشة مع قرائنا، وعن طريقهم مناقشتها على صعيد المؤسسات الاختصاصية التي ينتمون إليها. ونبدأ بـ:

١ ـ الأدوية المريبة:

إن الريبة هنا نسبية وهي على درجات تختلف باختلاف أضرار الأدوية التي نقترح تقسيمها إلى الفئات التالية:

أ ـ أدوية ثبتت أضرارها فتم سحبها من أسواق الدول المنتجة ودول عديدة أخرى ولكنها لا تزال مسوَّقة في أسواق بعض الدول العربية. فإذا كنا عاجزين عن إحصاء أدوية هذه الفئة بالدقة المطلوبة فإننا لا نجد ضيراً من تعداد ما نعرفه من هذه الأدوية وهي: النوميفيسين (Merital) والتريبتوفان Tryptophane والـ Halcion وغيرها.

ب ـ أدوية أعيد تسويقها بعد منع استعمالها وذلك بسبب ظهور مفعولات علاجية جديدة لها. مثال ذلك دواء Clozapine (Leponex) الذي سحب من الأسواق بسبب آثاره الجانبية وخصوصاً إمكانية تسببه بغيبة الكريات البيضاء. لكن هذا الدواء عاود الظهور في الدول المنتجة بعد ما أثبتت التجارب فعاليته في علاج بعض حالات الفصام المقاومة للعلاجات الأخرى.

ج ـ أدوية أثبتت فشلها في علاج ما اقترحت له من حالات. وهي لا تثير الكثير من الريبة لأن ضآلة مفعولها العلاجي كفيلة بالحد من استعمالها. لكنها تتحول إلى أدوية مثيرة للشكوك عندما تقوم الشركات المنتجة بتغيير جهات استعمالها من وقت لآخر. مثال ذلك ما حدث مع دواء الـ Carpipramine الذي سوّق في بداية الثمانينات على أنه دواء معقِّل ذو مفعول مضاد للفصام وخصوصاً التخشبي. ثم الغيت جهة الاستعمال هذه لصالح استعماله كمضاد لأعراض الانقطاع عن المخدرات. أيضاً الغيت هذه وتم استبدالها باقتراح استعماله كمضاد للانهيار، وأخيراً الغيت هذه أيضاً وأعيد تسويقه على أنه مضاد للعوارض الجسدية ذات المنشأ النفسي التي تتسبب بدورها في تفجير الوساوس المرضية. وبما أن هذه الأخيرة واسعة الانتشار فقد عرف الدواء بصيغته الأخيرة نجاحاً مغرياً ولكنه مثير للشكوك.

د ـ أدوية أثيرت حولها شبهات حدّت من استعمالها في دول المنشأ ولكنها لا تزال مستعملة في

الدول العربية حيث الجهل التام بهذه الشبهات. من هذه الأدوية دواء يثير شبهات تصل أخبارها إلى الصحافة الشعبية في الغرب حتى بات المواطن العادي يتحفظ على استعماله. ولكنه لا يزال موضع استهلاك في بلادنا والدواء هو الـ Fluoxetine (Prozac) الذي يشك بأنه شجع الميول الانتحارية لدى آلاف المرضى الذين استعملوه.

هـ ـ الأدوية الحديثة. وهي أقل الفئات إثارة للريبة إذ تؤدي حداثة تسويقها إلى إثارة انتباه الاختصاصي، مما يدفعه إلى مراقبة آثارها الجانبية مراقبة دقيقة.

٢ ـ السياسة الصحية ـ النفسية:

تختلف السياسة الصحية ـ النفسية باختلاف الدول وظروفها كما تختلف باختلاف الأنظمة والقوانين. إلا أن الدول العربية قد عملت على تخطي هذا الاختلاف عن طريق المؤسسة الجامعة «مجلس وزراء الصحة العرب». إن هذا المجلس يشكل اليوم السبيل الأوحد لإقرار سياسة دوائية موحدة جديرة باستيعاب الاشكاليات المطروحة أعلاه في خطوة نحو مشروع قومي دوائي متكامل يجد ملامحه في النقاط التالية:

أ ـ توزيع وتبادل المعلومات حول أخطار الأدوية وحول الأدوية التي تستدعي وقف الاستعمال والسحب من الأسواق.

ب ـ العمل على تدعيم التعاون العلمي العربي في ميدان الأدوية النفسية خصوصاً على الصعد التالية:

- ـ اختبارات الأدوية وفعاليتها ومضارها (يهمنا هنا النفسية منها).
- ـ الأبحاث الصيدلانية ـ النفسية.
- ـ صناعة وتغليف الأدوية النفسية في الدول العربية.
- ـ دراسة السوق العربية للدواء النفسي وإمكانيات اكتفائها ذاتياً.

ج ـ تشجيع ودعم المؤسسات الطبنفسية الاقليمية والجامعة. ونذكر خصوصاً اتحاد الأطباء النفسيين العرب والجمعية العربية للطب النفسي والصحة النفسية (المقترح انشاؤها من قبل المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب). فهذه المؤسسات يمكنها تقديم المعلومات والاستشارات للمجلس. كما يمكنها تولي مشاريع والمساهمة في تنفيذها العملي ـ الميداني.

٣ ـ الدراسات الميدانية والاحصائية:

إن بداية حل هذه الاشكاليات تنطلق من المعطيات التي يمكنها المساعدة على تحديد استراتيجية قومية للدواء النفسي. لكن هذه المعطيات لن تتوافر إلا من خلال عدد من الدراسات الميدانية، ونقترح تحديداً الدراسات التالية:

أ) استراتيجية العلاج النفسي ـ الدوائي في العالم العربي: تتضمن هذه الدراسة استخباراً يحتوي على مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى أكبر عدد ممكن من الأطباء النفسيين العرب. وهي أسئلة متعلقة بالمعايير المعتمدة للمفاضلة بين الأدوية.

ب) صناعة الأدوية النفسية في العالم العربي: ونقترحها دراسة احصائية تعمل على جمع المعلومات حول إنتاج الأدوية النفسية في العالم العربي.

ج) الإقبال على العلاج النفسي الدوائي: مواقف المريض وأهله.

د) الاستهلاك العربي للأدوية النفسية.

إن الدراستين الأخيرتين تقتضيان مساهمة المعاهد التعليمية وتعاون عدد من المؤسسات الصحية لإتمامها. كما أنهما تتشعبان إلى فروع متعددة يشكّل كل فرع منها موضوعاً لدراسة مستقلة. لقد سبق لمجلة الثقافة النفسية أن أثارت عناصر هذه القضية من جوانب مختلفة. ولعله من الضروري دعوة الأطباء والصيدلانيين العرب إلى مناقشة أساليب تحسين ممارسات وصف الأدوية النفسية.

١٠ ـ نحو مشروع قومي لتوثيق البحوث النفسية

تتحكم لياقة الفرد الجسدية بالمخطط العام لحياته، فهو يسلك في الحياة الدروب التي تتلاءم مع قدراته الجسدية التي يمكنها أن تتدنى حتى تحرم الطفل من اللعب مع أترابه وحتى تحرمه مستقبلياً من انتقاء المهنة التي يشتهيها. وهذه اللياقة الجسدية لا يمكنها أن تنفصل عن اللياقة النفسية خاصة بعد ما أثبتته بحوث الطب النفسدي عن العلاقة الوثيقة بين كل من التوازن النفسي والتوازن الجسدي للإنسان، بحيث بات الكلام راهناً على اللياقة النفس ـ جسدية (النفسدية) للإنسان.

وانخفاض مستوى هذه اللياقة إلى حدود معينة كفيل بتحويل الإنسان إلى معاق وبحرمان مجتمعه من قدرته ومن مساهماته. واللياقة النفسدية بعيدة جداً عن محدودية التعريف بكونها نتاج علاقة الجسد بالنفس، فهذه اللياقة تحافظ على الوحدة الذاتية للإنسان، ومن هنا احترامها ومراعاتها لتأثر الشخص ببيئته الاجتماعية والثقافية والتربوية. حتى نلاحظ أن تراجع مستوى اللياقة النفسدية يمكنه أن يتخذ شكلاً وبائياً يصيب قطاعات واسعة في هيكلية المجتمع. مثال ذلك ما تحدثه الحروب والأوبئة والزلازل والمجاعات والتدهور الاقتصادي في مستوى اللياقة النفسدية لدى الشعوب المتعرضة لهذه الأهوال، حيث نلاحظ تفشياً وبائياً للأمراض النفسية والسرطان والذبحة الصدرية وغيرها من الأمراض النفسدية، إضافة إلى الشلل الاجتماعي واهتزاز جهاز القيم لدى سكان هذه المجتمعات.

عن هذا الواقع تفرع اختصاص الطب النفس الاجتماعي ليهتم أساساً بمستوى هذه اللياقة على صعيد المجتمعات، وليساهم في رسم معالم السياسة الصحية لها بهدف تجنب انحدار مستوى اللياقة فيها وصولاً إلى تحولها إلى مجتمعات معاقة. ولكن هذا الفرع يغيب في الدول النامية حيث ندرة الخبرات البشرية تجعلها عاجزة عن مواجهة المتطلبات العيادية البحتة. ولو نحن أخذنا مثالاً على ذلك الدول العربية لرأينا أنها تتعرض لسلسلة من الهزات والكوارث التي تصيب حدودها وهويتها ومستقبلها، حتى الحديث عن مجموعة من البراكين العربية المهددة بالانفجار في أية لحظة.

ولا بد لهذه التهديدات من أن تؤثر في مستوى اللياقة النفسدية للمواطن العربي، بل إن تأثيراتها

تنال الشخصية العربية فتحدث فيها تغييرات صدمية لن يكون علاجها سهلاً عندما يحين وقت وعينا لاضطرابات هذه الشخصية.

وهكذا نلاحظ أن الطب النفسي لم يعد قادراً على التستر وراء الممارسة العيادية من منطلق حصر مسؤولياته الأخلاقية في علاج المرضى إذ إن المفهوم الحديث للاختصاص بات يتخطى الدور العيادي إلى أدوار الوقاية وتخطيط السياسة الصحية وإلى العلاج الجماعي الواسع وصولاً إلى المساهمة الفعالة في ترميم الشخصية القومية. وبهذا نصل إلى فروع الطب النفسي السياسي والعسكري... إلخ. ولكننا نعود إلى واقعنا فنجد عجز عياداتنا عن القيام بمسؤولياتها المباشرة أمام المرضى، الأمر الذي يستتبع انعدام إمكانيات مساهمتها في مشاريع وبرامج أكثر طموحاً. فما هي الخطوات الواجب اتباعها لتجاوز هذا العجز وصولاً إلى تخطيه؟

١ ـ التعاون العلمي بين الاختصاصيين العرب:

تتبدى لنا أهمية هذا التعاون واضحة لدى استعراضنا للأزمات والمآزق الناجمة عن غيابه. هذه الأزمات التي أعلنها الأستاذ الكبير يحيى الرخاوي في مقالة له نشرتها مجلة العربي. حيث لخص الإشكالية بغياب التصنيف الذي يساعدنا على رؤية الاضطرابات النفسية في إطارها الاثني والاجتماعي الواقعي (أي العربي). إذ إن اعتمادنا للمعايير والتصنيفات الغربية يدفعنا إلى إغفال حقيقة معايشة مرضانا لاضطراباتهم.

وهنا أعود بالذاكرة إلى المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي (أثينا ـ ١٩٨٩) حين عرض بعض اختصاصيينا لحالات خاصة بالبيئة العربية، وهذه الحالات غير موجودة في أي من التصنيفات الأجنبية. ومن هذه الحالات أذكر التالية:

١) اضطراب عقلي عابر في منطقة وسط الفرات ـ عبد القادر الشيخلي.
٢) تناذر الزوجة الأولى ـ أحمد درويش.
٣) تناذر السيارة المفخخة ـ محمد النابلسي.

وهذه الاضطرابات هي خاصة بالعيادة العربية إلا أن انعدام التعاون هو الذي يمنع تعميمها وإفادة العيادة العربية منها. من هذا المثال يتضح لنا أن غياب التعاون العربي في الميدان يؤدي إلى مجموعة مآزق نلخصها فيما يلي:

أ ـ إنعدام التنسيق المؤدي إلى بعثرة الجهود وإلى زيادة الاعتماد على مصادر المعلومات الأجنبية بسبب عدم القدرة على تنظيم المعلومات الناتجة عن تجاربنا الخاصة الأكثر تجانساً. ومن الأمثلة على ذلك مسألة تقييم فعالية الأدوية والسماح باستخدامها حيث يؤدي انعدام التنسيق إلى اضطرار كل دولة عربية على حدة إلى إجراء الفحوصات والدراسات اللازمة. في حين أنه يمكن لمؤسسات مثل اتحاد الأطباء العرب أو مجلس وزراء الصحة العرب أن توجد هذا التنسيق لما فيه من توفير في الجهود ودقة في النتائج.

ب ـ صعوبات الاتصال التي تصل إلى حدود العجز عن معرفة عدد الأطباء والاختصاصيين النفسيين العرب فضلاً عن الاتصال بهم والتعرف إلى نشاطاتهم. ولقد خبرنا في مركز الدراسات النفسية هذه الصعوبة يوم دعا المركز إلى مؤتمر «نحو علم نفس عربي» (طرابلس ـ لبنان ١٩٩٢) ولم

يستطع أن يتصل بأكثر من ١٠٪ من الاختصاصيين العرب.

ج ـ تشجيع الأسر العقلي الذي يتم عن طريق ترسيخ الشعور بانعدام إمكانية الفعل لجهة ترسيخ الخصائص والمميزات عبر الحضارية للعيادة العربية. ولعل انعدام الأمل بقيام تعاون عربي في هذا المجال هو السبب الرئيسي المباشر لهذا الاحباط الذي يدفع بأطبائنا إلى تصنيف تناذر الزوجة الأولى في خانة الانهيار الارتكاسي وتناذر السيارة المفخخة في خانة اضطراب الشدة عقب الصدمية. وذلك لجهلهم بوجود دراسات تتناول خاصية هذه التناذرات وهيكليتها المرضية المميزة لها عن بقية الاضطرابات التي قد تشابهها على مستوى العوارض. وانعدام التعاون العلمي العربي هو الكامن وراء هذا الجهل. إذ تتاح للاختصاصي العربي فرص الاطلاع على المستجدات العالمية (دوريات علمية، نشرات، مؤتمرات، دعايات الأدوية . . . إلخ) في حين يحرم من فرصة الاطلاع على مستجدات العيادة العربية وهذا ما يشجع الأسر العقلي.

د ـ الذوبانية التي تنجم عن مجمل الأسباب المعروضة أعلاه. فالطب النفسي عبر الحضاري يقوم على مبدأ احترام الآخر وتمايزه وبالتالي تمايز معايشاته في صحته وفي مرضه. وعلى الرغم من اعتراف هذا الفرع بذهان اموك (المجنون الراكض) فإننا نرفض أن نموقع أنفسنا بالنسبة للآخر ونصرّ على الذوبان فيه. وهنا لا بد من إعادة التذكير بالجمعية عبر الحضارية التي أسسها الأستاذ الدكتور محمد عثمان نجاتي والتي انفرط عقدها. إن الآخر مستعد للاعتراف بنا شرط أن نموقع أنفسنا بالنسبة له ونتخلى عن رغبتنا الذوبانية الطفولية. وعليه فإنه من العبث أن نتهم الآخر بمحاولة إلغائنا إذا كنا نحن الذين نلغي ذاتنا.

٢ ـ واقع المؤسسات والمراكز النفسية العربية:

تتأثر هذه المؤسسات أول ما تتأثر بواقع غياب التعاون العلمي العربي. وأول انعكاساته العجز الذي نعطي مثالاً عليه بمحاولة إقامة «الجمعية اللبنانية للطب النفسي»، وفي لبنان لا يتعدّى عدد الأطباء النفسيين العشرين إضافة إلى كون بعضهم في سن التقاعد وبعضهم الآخر تمنعه أعباؤه العيادية من المساهمة الفعالة في الجمعية. فكيف لهذه الجمعية أن تقوم وهل يمكنها أن تفكر بإصدار مجلة لها أو أن تقود مشروع بحث جائحي (وبائي)؟

وتتكرر صورة العجز هذه لدى استعراضنا لإمكانيات غالبية الجمعيات والمؤسسات النفسية العربية. وهذا العجز يكبل مؤسساتنا ويحول دون قيامها بأدوار فاعلة. لأن قيامها بهذه الأدوار يقتضي أول ما يقتضي قدرتها على التمويل الذاتي وهذا لا يتوافر لدى مؤسساتنا ومراكزنا النفسية. فهي تعتمد إما على جهود الأفراد وتبرعاتهم وإما على دعم الدولة وإما على الهبات. ونود إعطاء بعض الأمثلة في هذا المجال:

أ ـ مركز معوقات الطفولة الذي أصدر العدد الأول من مجلته في يناير ١٩٩٢. وفي هذا العدد نقرأ أن المجلة هي غير دورية وأنها تناشد الاختصاصيين العرب والأجانب دعمها وامدادها بالأبحاث وأن على الباحث أن يساهم في كلفة العدد بحسب عدد الصفحات التي يستغرقها بحثه. وهذه الارشادات كفيلة بإعطائنا فكرة عن مدى الإصرار والجهد اللذين توصلا إلى إصدار هذا العدد الأول في ولادة أقل ما يقال عنها أنها متعسرة. وهنا نسأل إلى متى سيستمر هؤلاء الأفراد بانتهاج مسلك التضحية المتسامي؟

وتزداد مرارة القلق بسبب اختصاص المجلة الذي نسيناه أثناء انهاكنا في العمل على علاج آثار الكوارث العربية وعلى استنباط الحلول لأزمات زيادة السكان بشكل لا يتناسب مع قدرات التنمية واستيراد الاقتراحات لكل هذه الأزمات. في هذه الأزمات نسينا أن لدينا معاقين يحتاجون إلى عناية خاصة وأن عدد هؤلاء لا يستهان به وأن برامج العناية الصحية لا تستطيع أن تدرجهم في جدول أولوياتها لأن تأمين اللقاحات والغذاء أهم ولأن أهل المعوقين لم يؤلفوا جمعيات ويتكاتفوا لإنشاء مراكز تعنى بمعوقيهم. . . إلخ. فإذا ما بحثت المؤسسة عن الأشخاص المعنيين، الذين يمكن أن يكونوا مصدراً للتمويل الذاتي، فإنها لا تجد عناوين الاختصاصيين ولا عناوين جمعيات الأهل ولا حتى دعم الدولة. أما الهبات فنأسف أنها تذهب في معظمها إلى حضانات يتواجد فيها المعاقون دون أن يتلقوا علاجاً بالمعنى الاختصاصي للكلمة.

ب ـ إتحاد الأطباء النفسيين العرب الذي يصدر المجلة العربية للطب النفسي. ويضم هذا الاتحاد في عضويته قرابة المائة من الأطباء النفسيين العرب في حين أن عدد هؤلاء يتجاوز في رأينا الخمسمئة طبيب وأن أكثر من نصفهم أعضاء في جمعيات أجنبية. ومن الطبيعي القول إن استمرارية هذا الاتحاد ومجلته يقتضيان اعترافاً أوسع وتعاوناً أوثق بين باحثينا.

ج ـ الجامعات العربية: وتختلف أوضاعها من جامعة لأخرى ومن بلد لآخر. ففي بعض البلدان العربية (ومنها لبنان) لا يزال فرع علم النفس ملحقاً بكلية الآداب وفي بعضها الآخر يمتزج الفرع مع فرع الفلسفة. . . إلخ من الشكليات الإدارية التي تعكس عدم توصلنا إلى الاعتراف بفرادة علم النفس واستقلاله كفرع متخصص. أما على صعيد كليات الطب فإن إهمال فرع الطب النفسي في برامج كليات الطب لا يزال سائداً، وهو لم ينتفع بريادة عربيين لفرع الطب النفسدي (البسيكوسوماتيك). فبالرغم من البحوث الرائدة للأستاذين مصطفى زيور وسامي علي في المجال النفسدي فإن طلابنا لا يزالون يجهلون هذا الفرع وجامعاتنا لم تأخذ بعد قرار تدعيم الثقافة النفسية لطلابها بإدخال هذا الفرع وتعميق تدريس الفروع الأخرى في مناهجها الدراسية.

٣ ـ فوضى الممارسة النفسية التي تعمقت في أذهان جمهورنا لتعزز مواقفه الرافضة للعلاج النفسي:

وفي خضم هذه الفوضى لا يمكننا أن نلوم الجمهور الذي يشهد تنافساً يصل إلى حد الإسفاف الذي يقتضي عقوبة قانونية. ويؤسفنا أن نعرض لبعض مظاهر هذه المنافسة اللاأخلاقية:

أ ـ يحاول بعضهم تسويق بضاعته عن طريق التشكيك بزملائه. فيلجأ البعض إلى احتقار كل الأساليب العلاجية التي لا تتوافق مع أساليب البلد الذي درس فيه ويصل الإسفاف بالبعض إلى درجة عدم الاعتراف الكلي بكل ما لا ينسجم مع عوامل أسْرِه العقلي.

ب ـ يرى بعضهم صعوبة نظرية في تكييف معلوماته مع واقع المجتمع الذي يمارس فيه فيلجأ إلى المطالبة بتغيير قيم المجتمع بما يتلاءم مع هذه المعلومات. وهو يبطن عجزه هذا بثورة عارمة على مظاهر التخلف في المجتمع. ولا مانع لديه أن يطلب من المريض جلب الأدوية من الخارج حتى لا يثقل على نفسه بالتعرّف إلى أدوية بديلة تفي بالمطلوب.

ج ـ تعاني بعض الدول العربية من غياب قانون واضح يحدد شروط وأصول ممارسة المهن

النفسية. وعن هذا الغياب تنجم فوضى مدمرة بحيث يعجز الجمهور عن التفريق بين المشعوذين وبين الاختصاصيين وبحيث يدخل البعض ميدان العمل قبل حيازتهم لصفة أكاديمية تبرر لهم هذه الممارسة وتشرّعها لهم.

د ـ الاختصاصات نظيرة الطبية وهي اختصاصات تقنية تقتصر دراستها على سنتين أو ثلاث بعد الشهادة الثانوية ولا يسمح لحملتها بالممارسة إلا تحت إشراف الأطباء. ومن هذه الاختصاصات تحليل الدم وتدريب النظر وغيرها. أما عندما يتعلق الأمر بالطب النفسي فإن هؤلاء التقنيين يمارسون تقنيتهم متخطين مبدأ الإشراف الطبي، ومنهم من يختص بعلاج النطق أو بتعليم المعاقين أو بالتعامل مع المدمنين. وهذه الممارسات تتحول إلى ممارسات خطرة في حال انعدام الإشراف الطبي عليها.

٤ ـ نحو مشروع قومي للتوثيق:

أمام خطر الإشكاليات المعروضة أعلاه وأمام العجز العربي عن الإفادة من الطب النفسي بمختلف فروعه يتساءل القارىء عن الحلول الممكنة لمأزق الطب النفسي العربي. وهو قد يلقى أجوبة متنافرة تعكس اختلاف وجهات النظر، ولكن خطوة أساسية على هذا الطريق لا بد لها وأن تكون موضع اتفاق الجميع، وهذه الخطوة هي **المشروع القومي للتوثيق**. هذا المشروع الذي تصوره مركز الدراسات النفسية وطرحه للمناقشة في مؤتمر «نحو علم نفس عربي» وهو يعمل على تجسيده بصورة عملية من خلال الخطوات التالية:

١ ـ إصدار معجم الثقافة النفسية لمصطلحات الطب النفسي ـ **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١١).

٢ ـ إصدار دليل الأطباء النفسيين العرب(*) ـ **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١١).

٣ ـ إصدار دليل الكتاب النفسي العربي(*) ـ **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١٢).

٤ ـ إصدار معجم علم النفس، **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١٢).

٥ ـ إصدار دليل الاختصاصيين النفسيين العرب، **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١٦/١٧).

٦ ـ إصدار دليل المعاهد والجمعيات النفسية العربية، **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١٤).

٧ ـ إصدار دليل الاختبارات النفسية العربية، **مجلة الثقافة النفسية**، العدد (١٥).

٨ ـ إعداد موسوعة للطب النفسي.

وهذه الخطوات مجتمعة لا تشكل أكثر من خطوة أولى على طريق مشروع قومي شامل للتوثيق. أما عن فوائد هذا التوثيق فنختصرها بما يلي:

أ ـ تسهيل التواصل بين الاختصاصيين العرب وبينهم وبين المؤسسات والمعاهد ودور النشر وذلك كخطوة عملية على طريق إزالة واحد من أهم معوقات التعاون العلمي العربي. وبهذه الطريقة تستطيع مجلة مركز معوقات الطفولة الحصول على عناوين الأشخاص والمؤسسات المهتمة والاتصال بهم لإطلاعهم على المجلة ولتكوين نواة لتمويلها من قبل المهتمين. ومثلها بقية النشاطات المتخصصة.

(*) أصدر مركز الدراسات النفسية هذه اللوائح مجمّعة في مجلد بعنوان الدليل النفسي العربي، مضافة إليها لوائح بالجوائز العربية للعلوم الإنسانية، وبالمجلات النفسية العربية.

ب ـ إيجاد لغة تخاطب اختصاصية عربية محددة وذلك من خلال المعاجم الموحدة ومن خلال قنوات الاتصال المتعددة التي يؤمنها مشروع التوثيق. ومنها الاتصال المباشر والاتصال عن طريق الكتب والأبحاث وعن طريق الجمعيات والمعاهد. . . إلخ.

ج ـ تدعيم التراث النفسي العربي قديمه وحديثه. إذ إن غالبية الاختصاصيين العرب يجهلون المساهمات القيمة والخدمات الجليلة التي قدمتها الحضارة العربية في هذا الميدان. كما أنهم يجهلون أن هناك مخطوطات فائقة القيمة من تراثنا النفسي التي لم تجد بعد من يحققها ويخرجها إلى النور. أما تراثنا الحديث فإنه لا يخلو من علماء أفذاذ مارسوا ولا يزالون آثاراً عميقة على البحث العلمي المعاصر ومن هؤلاء نخص بالذكر مصطفى زيور وعبد العزيز القوصي وعبد المنعم المليجي وسامي علي وصلاح مخيمر وأسامة الراضي وأحمد عكاشة ويحيى الرخاوي وغيرهم. ولعل خطوة التوثيق هي أولى الخطوات وأبسطها على طريق إرساء تقاليد نفسية ـ عيادية خاصة بالإنسان العربي في مرضه وفي سوائه.

د ـ تجنب بعثرة الجهود. إذ نلاحظ وجود أكثر من عشر ترجمات مختلفة للمؤلفات الفرويدية ولبعض المؤلفات الكلاسيكية. ونلاحظ في هذه الترجمات اختلافات على مستوى المصطلحات والهوامش والطبعات واللغات المعتمدة. كما نلاحظ اختلافات عميقة في مستوى هذه الترجمات إذ يصل بعضها إلى حدود الإبداع في حين يبقى بعضها الآخر في حدود المستوى التجاري للترجمة مع ما في ذلك من إساءة لمعاني النصوص. وفي المقابل نفاجأ بغياب ترجمات أمهات الكتب الاختصاصية ومنها على سبيل المثال **الدليل الأميركي للاضطرابات العقلية و الدليل العالمي للاضطرابات النفسية**.

وفي رأينا أن التوثيق يستطيع أن يحد من تعددية الترجمات للكتاب الواحد ويوجه المترجمين نحو الكتب الهامة التي لم تجد بعد من يترجمها. كما أنه يساهم في انتشار هذه المنشورات عموماً ويفتح أبواب الحوار والانتقاد الموضوعي بين المهتمّين، الأمر الذي يجعلنا نأمل بصدور طبعات لاحقة منقحة ومحسنة.

هـ ـ إرساء مشروع دليل عربي للاضطرابات النفسية. وهذا الإرساء لا يمكنه أن يتم بدون توثيق فهو يحتاج إلى المراجع وإلى الاتصال بالأشخاص والجمعيات والمعاهد، كما يحتاج إلى تقنين الجهود وتوجيهها باتجاه دراسة الشخصية العربية ومستوى لياقتها النفسية. على أن يكون هذا الدليل نواة موضوعية وواقعية لقيام مدرسة نفسية عربية تحترم النظم الرمزية لمجتمعنا وتعمل على إغنائها وتطويرها.

إن ما يقوم به «مركز الدراسات النفسية» اليوم لا يخرج عن نطاق المحاولات الفردية. وهذه المحاولات لا يمكنها أن تتحول إلى مشروع قومي متكامل إذا لم تشارك فيه مختلف الدول العربية على مستوى مؤسساتها المتخصصة وتحديداً التالية منها:

١) النقابات الطبية.
٢) الجمعيات النفسية.
٣) الجامعات والمعاهد.
٤) وزارات الصحة.

٥) مراكز البحوث النفسية.
٦) مجامع اللغة.
٧) دور النشر.
٨) الشركات المصنّعة للأدوية.

فهل تجد دعوتنا صداها ويتحول اهتمامنا نحو خطوة حيوية ومصيرية تقرر مستوى إفادتنا من العلوم النفسية وإمكانيات استغلالها في تدعيم شخصيتنا القومية ومستوى لياقتها وقدرتها على المساهمة في دعم مجتمعها وتطوره؟

١١ ـ السياسة وأخلاقيات الطب النفسي

العناية بضحايا العنف(*)

إن قصة الاسكندر والقرصان(**) التي سبق ذكرها في الفقرة السادسة من هذا الفصل، تختصر نسبية تعريف الصراع ومتفرعاته من عنف وإرهاب وضحية وغيرها من المصطلحات. هذه النسبية التي تربك موقف الطبيب النفسي من هذه الوضعيات وتجعل دوره والتزامه بالقَسَم الأبقراطي موضوعاً نسبياً بدوره.

في خضم هذا الارتباك على الطبيب أن يقدم الدعم والعناية والعلاج لطالبيه. فيزيد هذا الارتباك من انعدام الدقة في التصنيفات البسيكياترية المطروحة وخصوصاً التصنيف الأميركي لاضطرابات الشدة عقب الصدمية (P.T.S.D.)(***).

١ ـ ثغرات التصنيف الأميركي:

يعجز التصنيف الأميركي ومعه التصنيفات الأخرى المطروحة عالمياً عن الإجابة على قائمة طويلة من الأسئلة، نختصرها بالواقعة التالية:

أثناء الحرب العالمية الأولى سجّل الأطباء الألمان ردود فعل كارثية لدى الجنود الألمان من نوع الهيستيريا ومنها داء الارتجاف الهيستيري. أما في الحرب العالمية الثانية فقد سجّل هؤلاء الأطباء ردود فعل كارثية لدى الجنود الألمان من نوع القرحة وارتفاع الضغط وغيرها من ردود الفعل البسيكوسوماتية.

السؤال هنا: لماذا تبدلت ردود فعل الجندي الألماني واختلفت بهذه الصورة؟

(*) ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي الثالث لحل الصراع ـ الاتحاد العالمي للصحة النفسية، القاهرة ٣ ـ ٦ شباط/ فبراير ١٩٩٤.

(**) راجع محتوى هذه القصة في الفقرة السادسة من هذا الفصل وعنوانها «العرب بين الارهاب والبحث العلمي».

(***) سنتعرض تفصيلاً لهذه الثغرات في الفصل العاشر من هذا الكتاب، بعنوان «عصاب الكارثة في العيادة العربية».

٢ ـ البعد الثالث:

إن الإجابة على مثل هذا السؤال تقتضي استبدال النظرة المسطّحة التي تنظر إلى الصراع على أنه عنف وضحية بنظرة أخرى هولوغرافية أي ثلاثية الأبعاد. والبعد الثالث الذي نقترحه هو طريقة وعي ومعايشة الظروف الاقتصادية ـ السياسية، وهذا ما سنسميه باللحظة الاقتصادية ـ السياسية. فلو نحن نظرنا إلى الوضع الألماني في لحظته الاقتصادية ـ السياسية إبان الحرب الأولى لوجدنا أنها كانت تمتاز بحس وطني عال هو الذي جعل الجندي بحاجة إلى المكسب الأولي للهيستيريا كي يهرب من الحرب بدون أن يشعر بالخجل والعار. أما في الحرب الثانية فقد طغى الحس العنصري على الحس الوطني وعندها اقتصرت الإصابات الهيسترية على الجنود العنصريين.

مثال آخر على أثر اللحظة الاقتصادية ـ السياسية هو الاتحاد السوفياتي ومعه أوروبا الشرقية التي وجدت في لحظة منعت انفجار الصراعات فيها حتى نهاية الثمانينات حيث تبدلت اللحظة الاقتصادية ـ السياسية فانفجرت هذه الصراعات.

لكننا لو دقّقنا النظر لوجدنا أن معظم الصراعات المندلعة في وقتنا الحاضر هي صراعات متمركزة في الكيانات التي ظهرت كنتيجة مصطنعة للحرب العالمية الأولى. فالتغيرات الجغرافية التي حصلت عقب هذه الحرب لم تكن مجرد تغيير في اللحظة الاقتصادية ـ السياسية بل كانت تغييراً مصطنعاً في تاريخ الزمن.

العكس صحيح أيضاً، فبلدان التوازن والازدهار في اللحظة الراهنة ليست بمنأى عن الصراعات في المستقبل. فحوادث لوس أنجليس هي إنذار باحتمالات نشوب حرب أهلية أميركية إذا ما تغيرت اللحظة الاقتصادية ـ السياسية الراهنة.

٣ ـ تشخيص الآثار الصدمية:

نخلص مما تقدم إلى أن تشخيص الآثار الصدمية مرتبط مباشرة بتشخيص الصراعات، التي نقترح لها التصنيف الآتي:

أ ـ الكيانات المنفصمة Schizoide: وتعاني تناقضات عرقية و/أو دينية و/أو فكرية. وهي تهدد بانفجار نوبات عنف من نوع الشيزوفرانيا الاقتصادية ـ السياسية المتمثلة بالحروب الأهلية وعمليات العنف والاغتيالات وغيرها.

ب ـ الكيانات الانهيارية Depressive: وتعاني من تهديد هويتها وشخصيتها القومية مما يدفعها إلى اليأس بحيث يمكنها أن تعمل على إيذاء ذاتها والآخرين بطريقة عشوائية، وصولاً إلى قيام الأفراد بارتكاب أعمال انتقامية ضد العدو المفترض حسب اللحظة الاقتصادية ـ السياسية.

ج ـ الكيانات الهوسية Manic: حيث يتظاهر الصراع من خلال هوس التطرف القومي أو العرقي أو الديني. هذا الهوس الذي يتفشى في مجموعات صغيرة نسبياً، لكنها تملك القوة غير العادية التي يتمتع بها المهووس.

د ـ الكيانات الهيسترية Hysteric: حيث لا خلفيات امراضية حقيقية وإنما هو الصراع على

السلطة أو على السيطرة على الآخرين وعلى مقدراتهم.

في هذه الحالة علينا أن لا نهمل مسألة الإغواء الهيستيري ونجاحاته في السيطرة على الآخرين. كما أنه علينا أن لا نهمل احتمالات بداية الذهان تحت ستار الهيستيريا.

٤ ـ تشخيص الحالات الصدمية:

في رأينا أن التشخيص الأمثل لحالات الصدمة عقب الكارثية يجب أن يتضمن البنود التالية:

أ ـ تحديد البنية الشخصية الأساسية بما فيها من اختلالات نفسية وجسدية.

ب ـ تحديد علائم السلوك الاعتيادية.

ج ـ تحديد علائم السلوك الراهنة والمقارنة بينها وبين تلك الاعتيادية لتحديد التغيرات التي أحدثتها الصدمة، وتحديد خلل التوازن الذي أحدثته في البنية الشخصية الأساسية من حيث حدة هذا الخلل واحتمالات تطوراته المستقبلية.

٥ ـ الاستراتيجية العلاجية:

لا بد لها من أن تستند إلى معرفة وثيقة بهيكلية الاضطراب الصدمي، التي نختصرها على النحو التالي:

إن وضعية الضحية هي وضعية بارانويائية بمعنى الكلمة. والمشاعر الاضطهادية المرافقة لهذه الوضعية تدفع بالمريض إلى توقع ظلم القدر له بتعجيل موته فتتفجر لديه الوساوس المرضية. لكنه يعجز عن تعقيلها بإدراك طبيعتها الوسواسية فيتحول خوفه من المرض إلى خوف من الجنون، ثم يتراوح المريض بين الخوف من الموت والخوف من الجنون. هذه الهيكلية الامراضية المختصرة هي التي نصادفها في عيادة الصدمة. أما عن تعقيداتها فهي متشعبة ويمكننا اختصارها بـ:

أ ـ تعقيدات بسيكياترية.

ب ـ تعقيدات بسيكوسوماتية.

ج ـ تعقيدات اجتماعية ـ مهنية.

ونأتي إلى العلاج حيث تتركز استراتيجيتنا العلاجية وتتمحور حول النقاط التالية:

أ ـ وصف مضاد للقلق Anxiolytique (للحد من التطورات البسيكوسوماتية غير المنتظرة).

ب ـ العمل على تصريف الانفعالات وتوجيهها إيجابياً، وتلافي تراكم الانفعالات غير المعبّر عنها (Non Elaboré).

د ـ في حال وجود مؤشرات أمراض جسدية يجب العمل على العلاج الوقائي لهذه المؤشرات ولاحتمالات تطورها وتعقيدها.

بهذا ننهي حديثنا عن رعاية ضحايا الصدمة ونحن نتساءل عن مدى التزامنا بالقسم الأبقراطي وعن الضوابط الأخلاقية القابلة للتعميم والتي تحدد دور الطبيب النفسي في حل الصراع وفي التدخل في الحالات الكارثية.

١٢ ـ نغمية اللغة ودورها الإسقاطي

إن اللغة هي وسيلة الطفل البشري الأولى لاستيعاب مبادىء الزمكان، ومن هنا تنبع الفوارق الاثنية ـ الإسقاطية. وفي تأكيدنا لهذه الفوارق تكفينا الإشارة إلى أن تحليل الاختبارات النفسية الإسقاطية إنما يستند إلى علم الخطوط الذي يختلف باختلاف اللغات. وباختصار فإن اللغة هي أداة إسقاطية ذاتية. وعليه فإن تناول مسائل فهم ووعي وتعليم اللغة هي مسائل تتعلق مباشرة بالطب النفسي ـ العصبي وبفلسفة اللغة قبل تعلقها بمبادىء التلقين ووسائله. وكنا قد عرضنا لهذه المواضيع تفصيلاً في العديد من كتبنا[1] ومقالاتنا[2]، كما قمنا بإجراء العديد من التجارب في هذا الميدان. ومع ذلك فإننا نجد أنفسنا مجدداً مدفوعين إلى التذكير بالمبادىء الأولية للتربية وبأبحاثنا في هذا المجال، وذلك للأسباب التالية:

١) سيطرة الفكر الغربي اللساني على تفكير بعض اللغويين العرب. وتشجيع هذه السيطرة بترجمات لا تنتهي إلا بعد إدخال قسري لهذه المبادىء في اللغة العربية. هذا القسر الذي لا يمكنه أن يطال اللغة بحد ذاتها وإنما هو يطال إمكانيات الإسقاط الذاتي لمتعلمي هذه اللغة وفقاً لهذه الطرق اللاأدرية Apragmatic.

٢) بعض الدعوات الساذجة المتناثرة هنا وهناك والتي بتنا بغنى عن تعدادها.

٣) الترجمات السيئة التي باتت مؤذية لقدرات الطفل العربي على التعلّم. بل إنها أصبحت تشكل عوائق جدية في طريق هذا التعلّم.

٤) نرجسية بعض العاملين في هذا المجال ممن تكوّن لديهم انطباع هيستيري يتمثل بالاعتقاد بأنهم يعملون في فراغ تام يمكنهم من إسقاط ذواتهم على اللغة ومن دخول التاريخ من أبواب اللغة! وهؤلاء من الكثرة بحيث نصادف واحداً منهم مرة كل بضعة أشهر. لهذه الأسباب مجتمعة رأينا من المهم أن نذكّر بعدد من المبادىء الأولية لتعلم اللغات. وفي هذا المجال لا نجد أبسط من أن ننقل حرفياً ما كتبناه حول هذا الموضوع في «سلسلة علم نفس الطفل» ونبدأ بـ:

١ ـ الإدراك السمعي للغة[3]:

يعود الباحثون بهذا الإدراك إلى المرحلة الجنينية. وهم يقدمون على ذلك الاثباتات التالية: ١) إن الرضيع يستجيب للموسيقى التي كانت تسمعها أمه أثناء الحمل، ٢) من خلال زرعهم لاقطات (لاقطات صوتية) داخل رحم الحامل تمكن الباحثون من التأكيد على وصول الأصوات إلى داخل الرحم، ٣) إن الجنين يسمع الأصوات التي هي دون الـ ١٠٠٠ هيرتز وهو يسمع حوالى الـ: ٦٠٪ من

---

(١) محمد أحمد النابلسي: ذكاء الجنين، سلسلة علم نفس الطفل، بيروت، دار النهضة العربية، ط ٢، ١٩٨٨؛ ذكاء الرضيع، سلسلة علم نفس الطفل، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨؛ الطب النفسي ودوره في التربية، سلسلة علم نفس الطفل، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

(٢) محمد أحمد النابلسي: «تربية الأطفال العباقرة»، طرابلس/ لبنان، مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠؛ «الطفل واستيعاب الفوارق اللغوية»، بيروت، جريدة الأنوار، ١٣/٧/١٩٩٠.

(٣) محمد أحمد النابلسي: ذكاء الجنين، مصدر مذكور سابقاً.

الأحاديث التي تدور بين والديه. وهكذا فإن علاقة الطفل بلغة أمه إنما تعود إلى المرحلة الجنينية من حياة الطفل، وإلى هذه العلاقة تستند أصول تعلّم اللغة عند الطفل. وهذا التعلّم إذ يبدأ بصرخة الولادة فإنه يمر في مرحلة غاية في الأهمية وهي مرحلة المناغاة أو مرحلة موسيقية اللغة.

٢ ـ المناغاة وعلاقتها بلغة الأم[١]:

تشير التجارب إلى أن الطفل الأصم يطلق ولغاية سن ٤ ـ ٥ أشهر الأصوات نفسها التي يطلقها الطفل سليم السمع. وبهذا يتأكد لنا عدم وجود علاقة بين لغة الأم وهذه الأصوات، التي لا تلبث أن تختلف بعد الشهر الخامس. وهنا يطرح السؤال: «ما هو مدى تأثير لغة الأم على هذه الأصوات؟» على هذا السؤال يجيب بارديك B. Bardic من خلال التجربة التالية: «تم تسجيل مناغاة أطفال (من فئات ٦ و٨ و١٠ أشهر) في كل من باريس وتونس وهونغ كونغ. وبعد ذلك تم إسماع هذه التسجيلات إلى بالغين ينتمون إلى مختلف هذه البلدان فتمكن هؤلاء من التعرف إلى جنسية ٧٠٪ من الأطفال من خلال موسيقية الأطفال التي يصدرونها (المناغاة). وهكذا يتأكد لنا أن مناغاة الطفل هي تقليد موسيقي إيقاعي للغة أمه. وبطبيعة الحال فإن لكل لغة موسيقاها الخاصة. هذه الموسيقى التي تحددها خصائص كل لغة على حدة، فهنالك مثلاً الحروف والمخارج المميزة لكل لغة على حدة (مثل حرف «ح» باللغة العربية ومخرج الـ ich في اللغة الألمانية... إلخ). وفي حال اللغة العربية فإن التشكيل هو العنصر الرئيسي في الموسيقى اللغوية. ومن المؤكد أن اكتساب الموسيقى اللغوية ومميزات اللغة يصبح على درجة فائقة من الصعوبة إذا ما حاولنا تعليمها لأناس تجاوزوا مراحل الطفولة الأولى. وهكذا فإننا إذا ما فوتنا على الطفل العربي فرصة اكتساب هذه المميزات في سنيه الأولى فإنه سيصبح عاجزاً عن اكتسابها لاحقاً. وهذا يقودنا إلى مناقشة مسألة تعلّم قواعد اللغة.

٣ ـ تعلم قواعد اللغة[٢]:

نلاحظ مما تقدم أن لكل لغة نغميتها وإيقاعاتها الخاصة. بل إن هذه العوامل تختلف باختلاف اللهجات في إطار اللغة نفسها. وهنا يُطرح السؤال: ما هي الصعوبات التي يواجهها الطفل أثناء تعلّمه النطق الصحيح؟

ينطق الطفل كلمته الأولى في سن معدله الوسطي ١٠ أشهر، ومن ثم وجب الانتظار لغاية بلوغه الـ ١٨ شهراً كي يلفظ جمله الأولى. وهي جمل مؤلفة من كلمتين مثل «آكل ليمونة» و«اشرب ماء»، وهذا الأسلوب في تركيب الجمل يسمى بأسلوب البرقيات. وفي هذه المرحلة الأولية من نضجه يلفظ الطفل العربي كلماته دون تشكيل (حتى تشكيل اللهجة العادية). وهذه الجمل هي نواة الجمل اللغوية الصحيحة. وفي هذه الجمل الأولية يمكن للطفل أن يجمع بين كلمتين صحيحتين كأن يقول «امي فستان»، أو هو قد يجمع كلمة صحيحة مع أخرى ناقصة كأن يقول «أيضا موز». ويدرك طفل هذه المرحلة أن جمله غير مفهومة بوضوح وبأنها غير متلائمة مع موسيقية اللغة ولذلك فإننا نراه يلجأ إلى عدد من الإشارات والايماءات يدعم بها جمله ويسهّل فهمها. هذا ويلاحظ الباحثون أن الطفل يلفظ الفاعل

---

(١) محمد أحمد النابلسي: ذكاء الرضيع، مصدر مذكور سابقاً.

(٢) محمد أحمد النابلسي: ذكاء الطفل قبل المدرسي، مصدر مذكور سابقاً.

أولاً ومن ثم المفعول به أو الفعل. حتى أن بعضهم يميل إلى القول إن تسلسل كلمات الطفل إنما يعكس طريقة تسلسل أفكاره. إلا أن الأبحاث قد أثبتت أن هذه الفرضية وإن صحت على معظم اللغات، إلا أنها لا تصح على اللغات جميعاً. فالطفل يحترم نغمية وموسيقية لغة الأم، وهذا الاحترام يجبر الطفل على تنسيق أفكاره وإخضاعها لإيقاعية اللغة وليس العكس. وهذه الموسيقى اللغوية تتبدى واضحة في اللغة العربية إذ نلاحظ أن البالغين يتكلمون بحد أدنى من الأخطاء وهم يدركون الأخطاء اللغوية عن طريق السمع وإن كانوا عاجزين عن إعراب الجملة، وقِسْ عليه بالنسبة للشعر العربي الذي بقي دون بحور فترة طويلة من الزمن. ومع ذلك فقد أتت جميع القصائد موزونة ومحافظة على احترامها لنغميات اللغة وإيقاعاتها.

٤ ـ اللغة ومفهوم المكان:

لنا هنا عودة إلى طفل السنتين الذي يلفظ جُملاً مؤلفة من كلمتين مستعيناً بالإشارات لتوضيح مقاصده. في هذه الفترة يبدأ الطفل عملية اكتسابه القدرة على التعبير المكاني عن طريق استعمالـه لكلمات مثل: في، على، تحت، بجانب، بين، وراء، أمام. . . إلخ. ومن الـطبيعي التساؤل عن مراحل اكتساب الطفل لظروف المكان هذه. والجواب المختصر على هذا التساؤل هو ذلك القائل بأن تعلم ظروف المكان يأتي متناسقاً مع اكتساب الطفل لمفاهيم الفضاء. وبدون اللغة وتعلمها يعاق فهم الطفل لمفاهيم الفضاء والمكان وتالياً الزمان.

٥ ـ تعليم اللغة:

إن اكتساب الطفل للغة أمه هو اكتساب يخضع ويرتبط بمراحل تطور الجهاز العصبي للطفل. فالطفل كي يستطيع الكلام يجب أن يمتلك جهازاً عصبياً متطوراً بدرجة كافية تمكن الطفل من التحكم بأوتاره الصوتية وبكميات الهواء الخارجة مع الألفاظ إضافة لقدرته على التحكم بحركات لسانه وشفتيه وحلقه. وقدرة الكلام لدى الطفل هي بالتالي مجموعة من الارتكاسات العصبية التي يكونها كل طفل على طريقته الخاصة. وعندما يتوصل الطفل إلى الكلام فإنه يكون بهذا قد توصل إلى استيعاب الروابط بين الأصوات والأشياء. فإذا ما تم هذا الاستيعاب أصبح الطفل مهيأ لتطوير هذه الروابط. ولهذه الروابط خصائصها ومميزاتها في حالة الطفل العربي. ونلخص هذه الخصائص من خلال عرضنا لقضية التشكيل في اللغة العربية. فلو أخذنا الطريقة التقليدية لتعلم اللغة العربية لرأينـا أنها تعتمد مبـدأ التهجئة، وهي مشكلة من أهم مشاكل الأجنبي الذي يحاول تعلم اللغة العربية. أما بالنسبة للطفل العربي فإن ما يزيد تعقيد تعلمه هو كون المخارج اللفظية العربية تعتمد على التشكيل. هذا التشكيل الذي لا يمكن تجاوزه لأن من شأن أخطاء التشكيل أن تؤدي إلى تغيير معنى الجملة بكامله. وهذا التشكيل وإن كان صعباً إلا أنه في النتيجة يساعد الطفل على تعلم اللغة العربية الصعبة نسبياً. وهنا نستعين بمثال تطبيقي نود من خلاله إيضاح الفكرة التالية وهي أنه من غير الجائز أن نطبق على الطفل العربي تلك المبادىء التي تطبق على الأطفال المنتمين إلى حضارات أخرى. فلا يجوز لنا مثلاً أن نترجم الألسنية ونطبقها على اللغة العربية وعلى الطفل العربي دون أن نأخذ بعين الاعتبار الفروقات البنيوية الأساسية بين اللغة العربية وبقية اللغات.

وهذا المثال يتعلق بالناحية التطبيقية لعلم النفس اللساني وهو التالي: عندما يقوم المعلم الفرنسي

بتعليم جملة «الحصان يقفز السور» لتلامذته، فإنه يصادف صعوبة بالغة في إفهامهم أن الحصان هو الفاعل، ولذلك فإن علم النفس اللساني اقترح على المعلم الفرنسي أن يحضر لعباً تمثل الحصان والسور وأن يُري تلامذته أن السور يبقى ثابتاً في حين يقوم الحصان بفعل القفز من فوقه. إن هذه الطريقة غير صالحة للتطبيق على الطفل العربي، وذلك لأن الفاعل يرفع بالضمة في هذه اللغة مما يؤدي لإصدار نغمة (أو) المميزة للفاعل في مثل هذه الجملة. وهكذا فإننا نقول «الحصانُ» وهذه الـ (أو) في نهاية الحصان كفيلة بتدعيم الرابطة بين الفعل والفاعل في ذهن الطفل العربي، وذلك وصولاً إلى تكوين ارتكاس لديه يساعده على التعرف إلى الفاعل والمفعول به من خلال التشكيل. هذا التعرف الذي يدعم ويساعد تموقع الطفل في الزمكان.

٦ ـ الخلاصة:

نستطيع أن نتبين مما تقدم مدى شذوذ المواقف الأربعة المعروضة في بداية كلامنا. ولكن ما يهمنا منها واحداً يتمثل في الدعوة إلى إلغاء التشكيل بحجة تسهيل تعلم اللغة! والحقيقة أنها ليست المرة الأولى التي نسمع فيها مثل هذه الدعوة ولكنها، على حد علمنا، المرة الأولى التي يجرؤ أحدهم على إعلانها. إن هذه الدعوة ومثيلاتها لا تجعلنا نقلق على مستقبل اللغة أو على تربية الطفل العربي لأن سذاجة الطرح تفضحه. ولكن ما نراه جديراً بالمناقشة هو القضية الأخلاقية الكامنة وراء مثل هذه الدعوة. هذه القضية التي نوجزها بالنقاط التالية:

أ ـ إن اعتماد الحلول السهلة بات نوعاً من الفلسفة الساذجة التي يتبناها الكثيرون. ففي مجتمع الحرب تكون المليشيات الحل الأسهل لضمان راتب مقطوع. أما على الصعيد الفكري فإن الحلول السهلة هي حلول يعتبرها البعض مشروعة ولكنها لا تصبح كذلك عندما يتصور هؤلاء أنهم قادرون على فرض فلسفتهم المزعومة على اللغة نفسها!.

ب ـ عندما تصل النرجسية والمبالغة المرضية في تقدير الذات حدود الظن بإمكانية تمرير مثل هذه الطروحات فإن ذلك يعكس شعوراً مؤسفاً بغياب القانون وبالشعور بالقدرة على تمرير أية فكرة أو موقف دون رادع.

ج ـ إن هذا الموقف يمثل حالة من الإسقاط الهيستيري. ونحن مع احترامنا لمبادىء الحرية الشخصية ومع إيماننا العميق بحرية كل شخص بكتابة تاريخه العلمي وفق هواه ومستواه، فإننا نحتفظ بالحق في عدم السماح للمتطفلين بأن يخوضوا في غير اختصاصهم، ذلك أن أصحاب هذه الدعوات هم حتماً جاهلون جهلاً تاماً بالمبادىء العلمية المطروحة أعلاه. وكلنا أمل أن يؤدي اطلاعهم عليها إلى إيقاظهم من جهلهم وتراجعهم عن مثل هذه الدعوات. بل وربما أعادوا النظر في فلسفتهم السهلة التي تمثل ينبوعاً من ينابيع الانحراف في مجتمع الحرب.

الفصل الثاني

الشخصية العربية وتجلياتها الأدبية

دينامية العلاقة بين الأدب والعلوم النفسية(*)

إن التعرف على أدب أمة ما يقتضي استيعاب ملامح شخصيتها والصراعات والأزمات التي تهدد توازن هذه الشخصية. فالأدب الذي لا يتأثر بهذه العوامل هو أدب دخيل لا تمكن نسبته إلى الأمة حتى ولو كتب بلغتها. فاللغة هي واحد من الملامح الرئيسية للشخصية، ولكنها ليست بالعامل المقرر الذي يتحكم بالشخصية تحكماً مطلقاً. ومع ذلك فإن أهمية اللغة تتنامى في الميدان الأدبي الذي يكرسها كوسيلة وحيدة للتعبير، بينما تتلاشى أهمية اللغة في الميادين الإبداعية الأخرى، حيث تتراجع لصالح العقل الجمعي للأمة.

وإذا كان حديثنا يتركز حول موضوع الإبداع الأدبي، فإننا مضطرون لمناقشة المسألة اللغوية مناقشة كافية بهدف التوصل إلى تحديد أوليات العلاقة بين الأدب وبين أداته الرئيسية المتمثلة باللغة التي يلقي عليها الأديب أعباء صعبة. فهو يريدها أن تجسد له معاناته، ويتذمر من عدم احتوائها على المفردات التي تعينه على التجسيد الأمثل. وذلك بالإضافة إلى ما يطلبه المتلقي من اللغة وخاصة لجهة امتلاكها لعناصر تمثيل العقل الجمعي وتصوير شخصية الأمة.

إن هذه الوقائع مجتمعة تدفعنا إلى التعمق في معرفة لغتنا العربية تعمقاً يتجاوز معرفة قواعدها إلى معرفة تراثها وفلسفتها وأثرها على الإنسان العربي وفكره، وكلها مواضيع تجاهلها أدباؤنا ومترجمونا وعلماؤنا حتى بتنا عاجزين عن الحفاظ على علاقة حميمة مع لغتنا وحتى بات البعض يطالب بهجرها إلى اللهجات العامية وإلى اعتماد اللغات العالمية وطلاق العربية بوصفها عائقاً رئيسياً في وجه التقدم والتنمية!؟(1).

١ ـ اللغة والإنسان

تقول النظرية «إن كل معرفة مكتسبة لا بد لها من أن تستند إلى معرفة سابقة»، ومن هنا يُطرح السؤال عن أصل المعرفة. فيذهب بعضهم إلى اعتبار اللغة أصل المعرفة، وهذا اعتبار خاطىء لأن الفكر الإنساني أسبق من الإرساء اللغوي. فالإنسان هو مرهص اللغة وبالتالي فإنه من غير الممكن أن

(*) محاضرة أُلقيت في اتحاد الكتاب العرب بدمشق ـ الندوة الثامنة ـ ١٩٩٣.

(١) مجلة الثقافة النفسية ـ افتتاحية العدد الأول، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٠ (وفيها نقد لهذه الادعاءات).

نعطي للغة الأسبقية على الفكر الإنساني[1]. وهذا لا يتناقض مع اعتبار اللغة وسيلة فاعلة في نمو العقل الإنساني، وذلك من خلال كونها وسيلة اتصال رئيسية لتزويد العقل بالمعلومات والمعارف اللازمة لتطوره.

من هنا كان من الطبيعي نشوء علاقة متبادلة بين خصائص اللغة وبين الخصائص العقلية لمتكلمي هذه اللغة. وبالانتقال من العام إلى الخاص ومن النظرية إلى التطبيق نقول إن اللغة العربية هي عامل رئيسي مؤثر في بنية العقل العربي، هذا التأثير الذي يجد براهينه في عدد من الحقائق العلمية الثابتة ومنها:

أ ـ تختلف اللغة العربية عن اللغات الأجنبية من حيث تغير شكل الحرف حسب وروده في أول الكلمة أو في وسطها أو في آخرها. كما يتغير معنى الكلمة العربية بتغير تشكيلها. وهذه الخصائص تجعل من قراءة اللغة العربية عملية تستند إلى الاستدلال العقلي، مما يستوجب استعمال الشخص للنصف الأيسر من دماغه. أما الكلمات الأجنبية فإن الذاكرة تصوّرها صوراً إجمالية مما يستدعي استخدام النصف الأيمن للدماغ[2]. وهذه الوقائع العلمية ممكنة البرهان عن طريق الآلات الحديثة التي تصور نشاط الخلايا الدماغية[3]. عن هذا الاختلاف تنشأ كتابة اللغة العربية من اليمين إلى اليسار على عكس اللغات الأجنبية، ويشير هذا الأمر إلى أثر اللغة العربية في تنمية نشاط النصف الدماغي الأيسر على حساب النصف الأيمن والعكس لدى الأجنبي. إن هذه الوقائع هي عوامل مقررة في تحديد نمط تفكير الإنسان العربي ونمط إبداعاته وهي تقتضي دراسات معمقة تتناول أصعدة عديدة لم تتناولها أبحاثنا لغاية اليوم.

ب ـ لدى تطبيقنا لاختيار رسم الوقت وجدنا أن العربي يرسم الماضي إلى اليمين والحاضر في الوسط والمستقبل إلى اليسار وذلك في اتجاه معاكس تماماً لمجرى تمثل الوقت لدى الأجانب. ولقد قررت دراسات أجنبية عديدة هذه التجارب.

بهذا يتضح لنا أن اللغة تؤثر في عملية تموقع متكلميها في الزمان والمكان، وهي تؤثر في نمط تقييمهم لحاضرهم ونمط تعايشهم مع الزمان، وتالياً فإنها تؤثر في نظرتهم إلى الحياة وموقفهم منها. ومن هنا خطأ اعتماد أساليب الآخرين في التموقع الزماني والمكاني لأن هذا الاعتماد يؤدي إلى عكس ما نتوخاه[4].

ج ـ لدى مقارنتنا بين لغات عديدة نجد أنها تختلف اختلافاً جذرياً في تعاملها مع ظروف الزمان والمكان، فنجد في بعضها عشرات الكلمات التي تفيد مثلاً معنى «بقرب أو بجانب» في حين تهمل لغات أخرى الفوارق بين هذه الكلمات وتستعيض عنها بكلمة أو ببضع كلمات. ولكي نكون أكثر تحديداً فإن

---

(١) محمد أحمد النابلسي: مبادىء العلاج النفسي ومدارسه، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩١.

(٢) Brierley, J: *A Human Birthright, Giving Young Children a Chance*, London, the Britsh Association for Early Childhood, 1994.

(٣) Psychatric Research - *Neuroimagining revue*.

(٤) راجع الفصل الرابع من هذا الكتاب بعنوان: «أزمات المصطلح النفسي العربي».

كلمات Temps أو Time يمكنها أن تفيد بالعربية معنى الوقت ومعنى الزمان والعديد من مرادفاتها اللغوية التي لا نجدها في اللغات الأخرى.

٢ ـ اللغة والنقد الأدبي

يتضح مما تقدم أن اللغة هي جزء من شخصية الأمة لأنها تساهم في تشكيل عقلها الجمعي. ومن هنا يتحول عنوان هذه الفقرة من «اللغة والنقد الأدبي» إلى «النفسية العربية وتيارات النقد للأدب العربي». والكلام عن هذا الموضوع يقتضي منا استعراض المدارس النقدية العالمية، ومن ثم العودة إلى تراثنا العربي لعقد المقارنات بين هذه المدارس المستندة إلى اللغات والأفكار الأجنبية وبين التيارات التي انبثقت من فلسفة لغتنا، وإن كانت التيارات الأخيرة قد بقيت لغاية اليوم مجموعة من الأفكار غير المتشكلة Amorphe التي تقتضي التعقيل والارصان. ونحن إذ نستعرض التيارات النقدية المعاصرة نجدها تتقارب في وجوه عديدة مع المنطلقات النقدية في تراثنا، وهذه التيارات المعاصرة هي:

١ ـ التيار الألسني: الذي يحلل الكلام المنطوق والمكتوب كلمة فكلمة، ويقابله علم النفس اللغوي الذي يحلل الكلام على مستوى الحديث ومحتواه. وكلا الفرعين يحتويان عدداً من التفرعات المتناقضة فيما بينهما.

ولو نحن رجعنا إلى تراثنا العربي لوجدنا أن المنطلق الألسني كان موجوداً ومرصّناً بشكل متميز. إذ نجد في تراثنا دراسات تتناول صوتيات اللغة العربية من الناحيتين النطقية والفيزيولوجية (الخليل بن أحمد وسيبويه)، كما تناولت الأصوات على المستوى السمعي (الشاطبي ومكي بن أبي طالب القيسي). كما درس النحاة العرب تراكيب اللغة (سيبويه والكسائي والفرّاء وابن يعيش وغيرهم)، وهناك علم الدلالة والمعاني الذي درسه البلاغيون مثل الجرجاني والسكاكي والخطيب القزويني والعسكري وغيرهم.

٢ ـ التيار الدلالي: الذي يجهد لاستنباط منهج ثابت لمعرفة المعنى، وهذا التيار لا يمكنه أن يجد معادلاته العربية بسبب طبيعة اللغة العربية الغنية بالمترادفات.

٣ ـ التيار البنيوي: ويحتوي على مجموعة من المذاهب المتناقضة المتراوحة بين شتراوس وسارتر وباشلار، والتيار الماركسي وغيرها من التيارات. وهذا التيار ينطلق من فكرة أن اللاوعي مبني على غرار بنية اللغة، وهي فكرة أثبتت خطأها لدرجة دفعت بالمحلل الفرنسي لاكان إلى التراجع عن منطلقاته البنيوية.

٤ ـ التيار الأسلوبي: وهو يحاول رسم معالم الأسلوب الذي يعتمده كاتب ما، مستعيناً بعلم اللغة في تحديده لهذه المعالم، وهو بذلك يتداخل مع علم النفس اللغوي وخاصة لجهة الهفوات والكلمات اللوازم. وكان فرديناد دو سوسير مؤسس هذا التيار الذي يعتمد على منطق لغوي خاص باللغات الأجنبية، والذي لا يمكن اعتماده عربياً بدون مشاركة البلاغيين، إذ إن التيار الأسلوبي يجد معادله في تراثنا في تيار النقد البلاغي.

٥ ـ التيار التأثري: وهو يعامل النص على أنه انعكاس لعواطف الكاتب، والنقد على أنه ثمار تفاعل الناقد العاطفي مع النص والكاتب، ويجسد الجرجاني هذا التيار في تراثنا النقدي.

٦ ـ التيار النفسي: وهو يعامل النص من منطلق كونه شكلاً إسقاطياً لشخصية كاتبه.

نلاحظ مما تقدم أن اللغة العربية تفرض على نقادنا مجموعة من الشروط المتعلقة بفرادتها وتميزها عن اللغات الأخرى، الأمر الذي يفرض علينا إدخال التعديلات على النظريات الموضوعة، من أجل لغات أخرى. كما يفرض علينا العودة إلى التراث نستمد منه الأصالة ونتبين من خلاله معايير انتقائنا ومفاضلتنا بين مختلف التيارات النقدية المعاصرة.

٣ ـ اللغة وعلم النفس

رسم أحد الرسامين البلجيكيين وهو رينيه ماغريت Magritte تفاحة، وكتب تحتها «هذه ليست تفاحة». إن هذا المثال هو خير دليل لنا على استحالة الفصل بين الشكل وبين الموضوع. كما أنه دليل على أن موقفنا من الأشياء هو دائماً بسبب طبيعة هذه الأشياء، وإنما هو يتحدد من خلال الأفكار التي نكونها عن هذه الأشياء. وباختصار فإن هذا المثال يلخص علاقة علم النفس باللغة. فالفكرة، خاصة غير المشكلة، سابقة للغة وذلك بحيث يستحيل علينا تلخيص اللاوعي باللغة، أو اعتباره مبنياً على نمط اللغة. فما هي العلاقة الفعلية بين اللغة وعلم النفس؟

يحاول علم النفس اللغوي الإجابة على هذا السؤال من خلال محاولته دراسة الكلام من منطلق كونه وسيلة اتصال لها معنى ظاهري وآخر كامن. فأما المعنى الظاهري فيتجلى في المعنى الحرفي للكلام (أو النص)، وأما المعنى الكامن فيشكل ما يسمى بما خلف الاتصال[1]. وفي عودة إلى تراثنا العربي نجد أن البلاغيين قد أجادوا تفسير المعنى الظاهري، كما أجادوا استخدام مرادفاته والتفريق بين دقائق معانيها. أما على صعيد المعنى الكامن فقد تناوله مفسرو الأحلام العرب الذين ربطوا بين المرأة وبين كل من الخزافة والعديلة والخابية والقارورة والقدح والبئر والخلية... إلخ[2].

وفي مجال علم النفس اللغوي تأتي أيضاً دراسة اضطرابات النطق التي توقف عندها الجاحظ وغيره من العلماء، حيث نجد أن هنالك اضطرابات نطق خاصة باللغة العربية.

بهذا نرى أن الرجوع إلى تراثنا اللغوي لا يمكنه أن يكون خطوة إلى الوراء بل إنه خطوة على طريق التطور. فالتطور يقتضي أن نستعيد مستوى الارتباط الحميم بلغتنا والتعرف إلى تراثها وفلسفتها وخصائصها حتى نتمكن من تحقيق الفائدة المرجوة من التطور عن طريق حسن الانتقاء الذي يراعي خصائص اللغة والشخصية الجمعية للمتكلمين بها.

٤ ـ الأدب وعلم النفس

قرأ فرويد مؤلفات دوستويفسكي في مرحلة متأخرة وصرح عقب هذه القراءة بقوله: «لو أتيح لي الاطلاع المبكر على كتابات دوستويفسكي لكنت تخليت عن بعض مواضيع كتاباتي لأن دوستويفسكي سبقني إلى ذلك».

إن هذا الاعتراف الفرويدي يلخص لنا قدرة الأدب على الغوص في أعماق النفس الإنسانية

(١) محمد أحمد النابلسي: الاتصال الإنساني وعلم النفس، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.
(٢) عبد الغني النابلسي: تعطير الانام في تفسير المنام، بيروت، دار الكتب العربية، ١٩٩١.

وصولاً إلى استخراج القواسم الإنسانية المشتركة بين البشر. وعليه فإن علم النفس ليس مقتصراً على اختصاصيين نفسيين يسكنون أبراجاً عاجية، ويستخدمون مصطلحات تكاد تكون غير مفهومة، بل إن بعضهم يحاول فرض مصطلحات تتحدى الأصول اللغوية والتراث اللغوي الذي يتجاهلونه تجاهلاً تاماً، وكأنهم يسعون إلى إيجاد لغة حديثة منفصمة عن اللغة الأم. مثال ذلك أن يعمد بعضهم إلى النحت بل والنحت بين كلمة عربية وكلمة أجنبية بما في ذلك من استهتار بأبسط مبادىء اللغة[1]. والأغرب من ذلك إصرارهم على هذا الأسلوب بالنسبة لكلمات اتفقت مجامع اللغة العربية كافة على مصطلحاتها التي تتوافر فيها الشروط المصطلحية.

مثال ذلك سعي بعضهم إلى إبدال مصطلح علم النفس بمصطلح خاطىء هو نفسولوجيا. إن المهمة الرئيسية لعالم النفس هي مساعدة الأفراد والجماعات على تحقيق المستوى الأفضل للتكيف. ومن هنا فإن واجبه أن يكيف نفسه أولاً، ولذلك عليه أن يترك برجه العاجي للتعامل مع الناس والواقع بعيداً عن مظاهر شذوذ السلوك وبخاصة اللغوي منها. ولو طلب إلينا تحديد من هو أكثر علماً ودراية بالنفس البشرية، فإننا نقول: إن الأديب الذي ينقل لنا لمحات هذه النفس وخلجاتها من خلال إبداعاته الأدبية، هو أدرى بالنفس البشرية من ذلك الاختصاصي العاجز عن إقامة الاتصال الإنساني وعن التكيف مع ظروف أمته وبيئته ومجتمعه.

إن علم النفس في أساسه هو مراقبة ردود الفعل البشرية ومعاناة الإنسان ودراسة هذه العوامل. ومن هذا المنظور نستطيع أن نفهم تصريح فرويد وإقراره أن دوستويفسكي قد سبقه إلى كشف بعض أغوار النفس البشرية. ذلك أن الأديب المبدع يعكس بصدق معاناة الإنسان وملامح العقل الجمعي. وهذا الانعكاس ينتمي إلى علم النفس بقدر انتمائه إلى الإبداع الأدبي. وهذا ما يجعلني معارضاً تمام المعارضة لبعض التيارات النفسية ـ النقدية التي تعمد إلى معاملة الإبداع انطلاقاً من بعض الهفوات الشخصية للأديب. فلو نحن عدنا إلى دوستويفسكي فإننا نجد أنه ينحدر من سلالة تضم المجرمين والقديسين في آن معاً (ومن هنا توزيعه لشخصياته بين ملاك ومجرم). كما أنه كان مصاباً بداء الصرع (من هنا القول إن الأبله هو شخصية إسقاطية) إضافة إلى كونه مقامراً حتى لتصرح زوجته أنها لم تعترض على تعاطيه القمار، لأنه كان يكتب أفضل أعماله بعد أن يخسر كل نقوده (بما يعكس مشاعر الذنب لديه). ومع ذلك فقد كان دوستويفسكي مبدعاً دخل تاريخ الإنسانية، على الرغم من قدرة بعض من يدعون النقد النفسي على القول بأنه رجل مريض لأنه كان مقامراً ومصروعاً ويحمل جينات الجريمة في وراثته!

إن مثل هذا القول يطرح إشكالية أخلاقية. فهل يحق للمعالج النفسي (وبالتالي للناقد النفسي) أن يكشف عورات مريضه (أو أديبه) ونواقصه أمام الجمهور؟

إن العلاقة العضوية بين الإبداع وبين علم النفس لها تجلياتها العديدة التي أرست فرعاً تخصصياً هو «علم نفس الإبداع». إلا أن ما نود تناوله في هذه العجالة هو الوجوه النفسية لإبداعات كل من دوستويفسكي ونجيب محفوظ.

---

(١) يضع اللغويون شرطاً رئيسياً للنحت قوامه أن يتم هذا النحت بين كلمتين عربيتين صحيحتين.

أ ـ الجانب النفسي لدى دوستويفسكي:

هنا أترك الكلام للمحلل الشهير ليوبولد سوندي[1] إذ يقول: «كان لدوستويفسكي أثره العميق في تفكيري وفي نشوء نظريتي حول التحليل النفسي للقدر. في مرحلة مبكرة من شبابي طرحت على نفسي السؤال: لماذا كان أبطال دوستويفسكي جميعاً ينتمون إلى واحدة من فئتين ـ فهم إما قديسون وإما قتلة. وفكرت أنه رأى في عائلته القديسين كما رأى القتلة. وهذا ما تحققت منه من خلال كتاب الكاتب الفرنسي ترويا Troyat الذي ذكر أسلافاً لدوستويفسكي (من القرنين السابع عشر والثامن عشر) من القديسين ومن القتلة. وإذا ما نحن راجعنا رواية الأخوة كارامازوف نتأكد من توزيع الشخصيات إلى قديسين وإلى قتلة. ويلاحظ القارىء مدى تأثري بدوستويفسكي خاصة وبالأدب عامة، وذلك لاعتقادي الراسخ بقدرة الأدباء ـ دوستويفسكي خاصة ـ على التسامي بنزواتهم وبغرائزهم وبميولهم العدائية وصولاً إلى عرضها من خلال أدبهم وكأنهم علماء نفس، مع أنهم لم يكونوا على دراية بهذا العلم».

ولو نحن وقفنا عند رواية الأبله فإننا نجد فيها وصفاً نفسياً عميقاً ودقيقاً للسلوك الصرعي، ولمعاناة المريض، وذلك قبل أن يتمكن علم النفس من تحديد السلوك الصرعي وتصويره. إضافة إلى أن علم النفس لا يزال عاجزاً عن تحديد معاناة المريض بالوضوح الذي وصفه دوستويفسكي.

ب ـ الجانب النفسي لدى نجيب محفوظ:

ونأخذ مثالاً عليه رواية زقاق المدق، وتحديداً شخصية من شخصيات هذه الرواية هي شخصية «صاحب الوكالة»، فنلاحظ أن وصف هذه الشخصية يتطابق تماماً مع ما يسمى بالنمط السلوكي (أ)، وهو النمط الذي يعتبر سبباً من أسباب الإصابة بالذبحة القلبية[2]. وهذا ما يحدث تحديداً مع صاحب الوكالة الذي يتبع هذا النمط السلوكي ويصاب بالذبحة القلبية شأنه شأن سائر متّبعي هذا السلوك.

إن ما فعله محفوظ من خلال هذه الشخصية ينتمي إلى مبدأ المراقبة والمعاينة في علم النفس. حتى يمكننا أن نجزم أن هذه الشخصية هي شخصية واقعية، وأن محفوظ قد نجح بنقلها من خلال واقعية دقيقة استطاعت أن تجسد لنا النمط السلوكي (أ) بصورة أدق وأوضح وأسبق من تصوير علم النفس لها.

النتائج والخلاصات

علم النفس فرع من فروع العلوم الإنسانية، وتمايزه يتأتى من قدرته على لعب دور الوسيط المفصلي بين هذه العلوم نفسها وبينها وبين فروع أخرى مثل الطب والفيزياء وأيضاً الإبداعات الفنية. إن علم النفس يفقد كامل فعاليته الإجرائية عندما يتخلى عن دور الوساطة هذا.

من هنا كان على جامعاتنا العربية أن توجه أبحاثها في الاتجاه الذي يدعم هذه الوساطة، ويكرس الفعالية الإجرائية للعلوم النفسية في مختلف الميادين والاختصاصات. فبهذه المنهجية وحدها يمكن

(١) لقاء مع واضع نظرية القدر ليوبولد سوندي، مجلة الثقافة النفسية، العدد الرابع، تشرين الأول/ اوكتوبر ١٩٩٠.
(٢) محمد أحمد النابلسي: أمراض القلب النفسية، بيروت، الرسالة ـ الايمان، ١٩٨٧.

لجامعاتنا أن تساهم في الحفاظ على شخصية إبداعية ـ علمية عربية تأخذ باللاوعي الجماعي العربي. لكن هذه المنهجية تقتضي جهوداً تكاملية عبر اختصاصية تتطلب مساهمة اختصاصيين من مختلف الفروع الإنسانية والتطبيقية الدقيقة، وذلك انطلاقاً من النقاط التالية:

١ ـ إن كل مبدع هو عالم بحقيقة النفس البشرية ومدرك لبعض جوانبها، وإلا كان الإبداع ناقصاً. من هنا ضرورة تكامل التجربة الإبداعية مع معطيات علم النفس.

٢ ـ إن ارتباط علم النفس بالعلوم الإنسانية هو ارتباط عضوي، ولا يمكن لأحد هذه العلوم أن يتطور بعيداً عن الآخر.

٣ ـ إن إلغاء وساطة علم النفس والإصرار على عزله عن عوامل اللاوعي الجماعي أمور فائقة الخطورة. فهي تفقد علم النفس فعاليته الإجرائية وتحوله إلى مجموعة مدارس عقائدية لا تناسب واقع مجتمعنا ولا تحترم خصوصياته.

٤ ـ إن تطوير العلوم النفسية في إطار عربي هو تطوير يفرض علينا العودة إلى تراثنا العلمي واللغوي للحفاظ على الأصالة ولإعادة التوازن إلى الذات العربية عن طريق تنظيم نكوصها والتحكم بسيروراته. بهذا نجنب الذات العربية اللجوء إلى الحيل الدفاعية كمثل التماهي بالمعتدي والتماهي الكلي بالآخر. إضافة إلى تقويم نظرة هذه الذات للأنا المثالية التي تتجلى بصورة هوامية غربية مما يجعلنا على طريق نكاد أن نفقد فيه شخصيتنا القومية.

٥ ـ العمل على نبش تراثنا النفسي واللغوي والفلسفي وتحقيقه.

٦ ـ أن يتحقق التعاون بين أدبائنا ومبدعينا، وبينهم وبين اختصاصيينا النفسيين كخطوة على طريق ترسيخ شخصيتنا الإنسانية بعيداً عن الاغتراب الفصامي وعن نقل النماذج الفكرية ـ الغربية بوعي أو بدون وعي.

الفصل الثالث

الاختبار النفسي العربي

الاختبارات وتطبيقها في العالم العربي

عيادة التحليل النفسي هل لها الحق بطرح «منهج» اختبارها الخاص؟ وإلى أي مدى هي عيادة عربية تطمح إلى اختبار ذي خصوصية عربية. . على الأقل لأنه بين «فاحص» و«مفحوص» من فصيلة نفسانية واحدة، يتكلمان لغة أحزان وأفراح مشتركة، ويمارسان على أرض إنسانية واحدة جميع المشكليات والهموم والكوابيس الواقعية والتخيلية في آن معاً؟

يُعتبر الاختبار النفسي اليوم الأداة الرئيسية للفحص النفساني وللعيادة النفسية على وجه العموم. ومهما اختلفت المذاهب والمدارس النفسية فإنها تتفق، على الأقل، على أهمية الاختبار ومكانته في العيادة. علماً بأن هذه المدارس تختلف في مفهومها لمبدأ الاختبار والإسقاط والتماهي، وبالتالي فهي تختلف في أساليب تطبيقها للاختبار كما في أساليب استخراجها لنتائجه.

وهذه الاختلافات لا تنبع فقط من المنطلقات النظرية لكل مدرسة، بل هناك العديد من العوامل الأخرى المؤثرة في مدى فعالية اختبار ما، ومدى صحة نتائجه. وفي مقدمة هذه العوامل يأتي اللاوعي الجماعي المتحكّم بشخصية المفحوص عن طريق تحكّمه بضميره الأخلاقي. فالشخصية تتأثر بالدين وبالأعراف والقيم السائدة في المجتمع الذي تعيش فيه. وعلى هذا الأساس اضطر الباحثون إلى إجراء تغييرات على لوحات الاختبارات عندما طبقوها في المجتمعات الإفريقية والأميركية اللاتينية.

من هنا نستنتج استحالة تطبيق أي اختبار نفسي وفق الأسس والأصول الغربية في مجتمعنا العربي، إذ إن القواسم المشتركة تكاد تنعدم، بل وتتناقض، في أكثر من ناحية. ونستطيع اختصار عوائق تطبيق الاختبارات الغربية في مجتمعنا بالنقاط التالية:

١ ـ من الناحية اللسانية، تُكتب اللغة العربية من اليمين إلى اليسار على عكس اللغات الغربية. ومن هذا الفارق ينبع الفارق بين معنى المناطق الرمزية موضوع التحليل. فالمنطقة اليمنى تمثّل الماضي بالنسبة للعربي في حين أنها تمثل المستقبل بالنسبة للأجنبي. وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار قواعد علم الخطوط Graphologie [التي تعتمد عليها غالبية الاختبارات] لرأينا أن هذه القواعد غير صالحة للتطبيق على الخط العربي [أو على الأقل تحتاج لكثير من التعديل].

٢ ـ إن المجتمع العربي والمجتمعات الشرقية إجمالاً هي مجتمعات أبوية، بمعنى أنها تُلقي

المسؤوليات على الرجل وتُلزمه بعدد من الالتزامات، مما يستتبع تمييز الرجل بعدد من الامتيازات وتصبح له السلطة على العائلة.

٣ ـ تُربّى المرأة العربية على التحفّظ وعلى التحكّم بإسقاطاتها. كما تُربى وفق مبادىء تدفعها نحو التسامي، وبالتالي نحو تقديس مبادىء العائلة والرباط الزوجي. . . إلخ. من هنا ينبع تحفظ النساء العربيات أمام الاختبارات، الأمر الذي يتسبب في التقليل من فعالية تطبيق الاختبار الغربي على المرأة العربية.

من هذه النقاط الثلاث الرئيسية تنبع مئات المعوقات التي تحول دون صلاحية الاختبار الغربي للتطبيق في المجتمع العربي، ما لم تُجرَ عليه التعديلات المؤدية إلى ملاءمته للواقع واللاوعي الجماعي العربيين. وقبل أن نبحث في تفاصيل هذه التعديلات نود أن نعرض أولاً لمسألة تصنيف الاختبارات.

١ ـ تصنيف الاختبارات النفسية

نظراً لأهمية الاختبارات النفسية وموقعها في العيادة النفسية، نلاحظ تنامياً كبيراً في محاولات تعميقها وتقنينها، بل وإيجاد اختبارات جديدة، حتى وصل عدد هذه الاختبارات إلى المئات، مما يضعنا أمام إشكالية تصنيفها. فهل تُصنَّف وفق آليات استخراج دلائلها، فنقول بوجود:

أ ـ الاختبارات الإسقاطية.
ب ـ اختبارات التماهي.
ج ـ اختبارات ردود الفعل.
د ـ اختبارات الفعالية.

أم نلجأ إلى مبدأ آخر يُصنِّفها وفق نوعية أدوات الاختبار، فنقول بوجود:

أ ـ الاختبارات المكتوبة، مثل اختبار الميول المرضية W.M[1] واختبار مينيسوتا M.M.P.I.
ب ـ الاختبارات المرسومة، وأشهرها اختبار تفهم الموضوع[2].
ج ـ الاختبارات المصورة. وأشهرها اختبار سوندي[3].
د ـ اختبارات الرسم. وأشهرها اختبار الشخص[4] والشجرة[5] والوقت[6].
هـ ـ اختبارات بقع الحبر وأشهرها اختبار رورشاخ[7].

---

(١) عرض هذا الاختبار مع تحليله (وتعديله) في كتاب أصول ومبادىء الفحص النفسي، د. محمد أحمد النابلسي، طرابلس، جروس برس، ١٩٨٩.

(٢) إسقاط الشخصية في اختبار تفهّم الموضوع، نابلسي ـ عقاد موصلي، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

(٣) إسقاط الشخصية في اختبار سوندي، سلسلة الاختبارات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

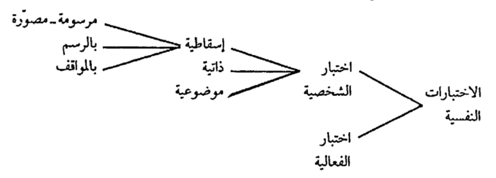
(٤) إسقاط الشخصية في اختبار رسم الشكل الإنساني، تأليف كارين ماكوفر، ترجمة د. سند رزق ليلة، بيروت، دار النهضة العربية.

(٥) إسقاط الشخصية في اختبار رسم الشجرة، سلسلة الاختبارات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

(٦) نظريات حديثة في الطب النفسي، تأليف البروفسورة اليزابيث موسون، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

(٧) اختبار رورشاخ، سلسلة الاختبارات النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

وفي رأينا الشخصي أن أشمل تصنيف هو التالي:



٢ ـ تطبيق الاختبارات في المجتمع العربي

رأينا أن تطبيق هذه الاختبارات في مجتمعنا يصادف العديد من الصعوبات واحتمالات اللبس، مع ما تنطوي عليه هذه الاحتمالات من مخاطر إعاقة، وربما سوء التشخيص، الأمر الذي قد يؤدي أحياناً إلى اتباع أساليب علاجية خاطئة.

إنطلاقاً من صنف الوقائع يمكننا القول بأن فعالية العيادة النفسية العربية ترتبط ارتباطاً مباشراً بالوصول إلى تكييف الاختبارات النفسية بما يلائم واقع المفحوص العربي. وهذه الحقيقة حاضرة تمام الحضور في أذهان الباحثين العرب في هذا المجال. بل إن قسماً من هؤلاء تخطّى وعي المشكلة إلى مرحلة العمل على إيجاد الحلول لها، وفي طليعة هؤلاء نذكر أ.د. أحمد عبد الخالق ود. عدنان زهار اللذين عملا ولا يزالان على ترجمة عدد من الاختبارات المكتوبة وتعديلها بشكل ملائم. وتطال هذه الاختبارات مسألة تحديد علائم القلق لدى المفحوص العربي، وتُجرى في إطار الجمعية الدولية لأبحاث القلق. كما ننوّه بأعمال الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة الذي أعدّ عدداً من الاختبارات وقنّنها في البيئة العربية لتصبح من أوائل ما يمكننا تسميته بالاختبارات العربية.

وصدارة هذه الأعمال لا تلغي أهمية الجهود التي بذلها آخرون في مجالات مثل الترجمة ومحاولات تطويع الاختبارات الشهيرة (رورشاخ ، سوندي، . . . إلخ) لتلائم المفحوص العربي، ومن هؤلاء نذكر د. سند رزق، إبراهيم ليلة، مترجم اختبار رسم الشكل الإنساني، ود. سعد عبد الرحمن، مترجم كتاب **الاختبارات والمقاييس**.

٣ ـ إشكاليات الاختبارات العربية

في ما تقدم لاحظنا اتفاق الباحثين العرب حول ضرورة إيجاد الاختبارات النفسية العربية. ولكن هؤلاء يختلفون في تصورهم لهذه الاختبارات كما في وسائل إعدادها. وبهذا نكون قد وصلنا إلى مناقشة الموضوع الأهم، في هذا المجال، ألا وهو كيفية التوصّل إلى إيجاد الاختبارات النفسية الملائمة للعيادة العربية والمتماشية مع روح اللاوعي الجماعي العربي.

ومن الطبيعي هنا أن ينقسم الباحثون العرب بين مؤيد لأسلوب معين ومعارض له، وذلك دون أن يعني هذا الاختلاف الشك بخطأ، أو بعدم صلاحية، أحد هذه الأساليب. ذلك أن هذا الاختلاف

إنما ينبع من تفاوت تقدير الباحثين لجدوى وفعالية وسرعة استخراج نتائج أسلوب دون غيره. وهكذا فإننا لا نفاجأ عندما نرى أحد باحثينا يعتمد أكثر من أسلوب في آنٍ معاً. والآن ما هي الأساليب، موضوع الاختلاف، المقترحة لإيجاد الاختبارات النفسية العربية؟.

باختصار شديد، ومع ما ينطوي عليه الاختصار من احتمالات اللبس، يمكننا تقسيم هذه الأساليب إلى:

أ ـ الترجمة: ونعني بها ترجمة الاختبارات الأجنبية وتعريبها، ومن ثم إجراء التطبيقات التجريبية على هذه التعريبات، وذلك وصولاً إلى تقنين هذه الاختبارات وفق المقاييس العربية. هذا الأسلوب، وإن بدا سهلاً، يتميّز بصعوبته الفائقة. فمثل هذه الأعمال تقتضي جهوداً شاقة يبذلها الباحث في إجراء الدراسات الموسّعة مما يقتضي العمل الجماعي في إطار مؤسسات عدة متوزّعة في أنحاء العالم العربي (وهذا غير متوافر حالياً).

هذا من جهة، أما من جهة أخرى فإن للترجمة نفسها إشكاليات عديدة. فلو قام الباحث بإجراء الترجمة الحرفية فإنه سيعطينا أفكاراً غير مقبولة [على الأقل غير واضحة]، أما إذا ترجم المعنى فإننا نلاحظ أن عوامل ذاتية للباحث تتدخل بما يمكنه أن يقود إلى اللبس وربما الخطأ. وعلى سبيل المثال نورد تجربة لنا: فلدى محاولتنا تطبيق اختبار رسم الشجرة على المقاييس العربية وجدنا التعليمات التالية: أرسم شجرة، أية شجرة باستثناء شجرة صنوبر. فكانت النتيجة أن بعض مرضانا رسم لنا شجرة الأرز!! وبما أن المقصود هو إبعاد المريض عن رسم شجرة معروفة فقد اضطررنا إلى إضافة عبارة «باستثناء شجرة الصنوبر أو شجرة الأرز». وإذا أضفنا إلى ذلك ضرورة مراعاة المناطق الإثنائية لرأينا أن ترجمة اختبار بسيط، مثل رسم الشجرة، تقتضي جهوداً ليست بالسهلة.

ب ـ أسلوب إعادة التقنين: وهذا الأسلوب أصعب من سابقه. فإذا كانت الترجمة تحتفظ بالأسس العامة، وتحاول تحويرها بشكل ملائم، فإنّ إعادة التقنين تعني إعادة البحث إلى نقطة البداية، مما يعني تطبيق الاختبار على آلاف الأشخاص. ومثل هذه الإمكانيات غير متوافرة لدى العديد من الباحثين العرب.

وعلى الرغم من هذه الصعوبات فإننا نشهد محاولات عديدة في هذا المجال. إلاّ أن هذه الجهود لم تتمخض لغاية الآن عن تقنينٍ موضوعيّ مطبّق على نطاقٍ واسع في العالم العربي، ومرد ذلك في رأينا إلى عدم صلاحية أدوات الاختبارات الغربية. ولإيضاح هذه الفكرة دعونا نأخذ مثلاً اختبار القرية[1]. إن أدوات الاختبار تتألف من مجسّمات أبنية على الطراز الغربي وأشجار غير معروفة لدى المفحوص العربي، مما يجعل من الطبيعي أن يتعثّر العربي لدى محاولته تخيل هذه القرية. والتعثر هنا هو مقدمة لفشل الاختبار في الوصول إلى نتائج دقيقة. وفي حال إصرارنا على إعادة تقنين هذا الاختبار، سنجد أنفسنا نبذل الجهود المكثّفة للحصول على نتائج هشّة. هذا القول ليس بالقاعدة العامة، ولكننا نود التذكير باضطرار الباحث البلجيكي لتغيير لوحات الـ T.A.T لدى تطبيقه في أفريقيا (Ombredan, Leblanc).

---

(١) إسقاط الشخصية في اختبار رسم القرية، د. محمد أحمد النابلسي. بيروت، دار النهضة العربية.

ج ـ أسلوب إعداد الاختبارات الجديدة: هذا الأسلوب هو الأصعب، وصعوبته تصل إلى درجة الجمع بين مجمل صعوبات الأسلوبين السابقين تضاف إليها صعوبة إيجاد أدوات الاختبار الجديد وتأمينها. والواقع أن محاولات عربية عديدة بذلت في هذا المجال، وفيما يلي سنعرض تجربتنا الشخصية وذلك من خلال عرضنا لاختبارٍ من نوع تفهم الموضوع.

٤ ـ اختبار «مدن»[1]

إنه من نوع تفهم الموضوع. وهو موضوع معدّ كليّة في إطار «مركز الدراسات النفسية» (مدن). فقد تم رسمه وتطبيقه وتقنينه في المركز وبمشاركة أعضائه. وزيادة في الحرص على تأكيد النتائج، طلبنا من مراسلي المركز الأجانب مساعدتنا في مراقبة مدى فعالية هذا الاختبار، وعلى هذا الأساس جرت دراسات حوله في المراكز العلمية التالية: معهد الاختصاصات الطبية ـ النفسية العليا في الأكاديمية المجرية، المعهد الوطني لأبحاث السرطان [بودابست]، جمعية العلاج النفسي المعتمد على الحركة Mouvement Thérapie وبالإضافة، طبعاً، إلى أبحاثنا التي أدّت إلى تقنين الاختبار ووضعه موضع الاستعمال. والواقع أننا في حديثنا عنه يمكننا الكلام على إعداده ورسمه وتقنينه ولكننا لا نستطيع الكلام على إبداعه، ذلك أن المواقف التي يعرضها تشبه إلى حد بعيد مواقف موجودة في اختبارات أخرى. كما أن فكرته مشتقة (مقتبسة) من فكرة اختبار موري لتفهم الموضوع (يعرف بالـ T.A.T.)(*).

إلا أن أهمية اختبارنا تنبع من كونه الاختبار العربي الوحيد الذي يأخذ بعين الاعتبار خصوصيات البيئة العربية سواء من حيث أدواته أو تفسيره أو تقنينه. كما أنه هو الوحيد، بين أمثاله، الصالح للتطبيق على عدة مستويات، وفي مجالات الطب النفسي.. والبسيكوسوماتيك واضطرابات السلوك والشخصية إجمالاً. وفيما يلي شرح لأهم ما فيه:

أ ـ أدوات الاختبار: يتألف الاختبار من تسع لوحات مرسومة على الطريقة السوريالية باللونين الأبيض والأسود. وفي هذه اللوحات تتبدّى بغموض بعض الشخصيات التي يُفترض بالمفحوص أن يوضحها وأن ينسج الروايات حولها. وهذه الصور (اللوحات) موزعة كالتالي:

الأولى: تمثل وجهاً كبيراً غير مكتمل.
الثانية: تمثل جسداً غير مكتمل الملامح مع عدة شخصيات ثانوية.
الثالثة: وهي مثال اللوحة السوريالية.
الرابعة: تحوي خمس شخصيات رئيسية غامضة.
الخامسة: تحوي شخصيتين في وسط اللوحة.
السادسة: وفيها أربع شخصيات رئيسية.

---

(١) هذا الاختبار منشور مع أدواته بدار النهضة العربية في كتاب إسقاط الشخصية في اختبار تفهّم الموضوع، نابلسي ـ عقاد موصلي. مرجع سابق، وقد أسمينا هذا الاختبار «اختبار مدن» نسبة إلى مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية.

(*) Thematic Apperception Test أو اختبار تفهّم الموضوع.

السابعة: يظهر فيها مركب وبعض الشخصيات.

الثامنة: فيها أربع شخصيات بالغة الغموض.

التاسعة: شخصيات غامضة مع دائرة تمثل الأبراج.

ب ـ بين موري ومدن: فيما يلي نعرض لنقاط الاختلاف بين الاختبار الأصلي والاختبار المشتق منه. ونوجز نقاط الاختلاف على النحو الآتي:

١ ـ إن جميع لوحات مدن مرسومة في حين يحتوي اختبار موري على بعض الصور الفوتوغرافية والتابلوهات المعروفة.

٢ ـ يصل عدد لوحات موري إلى إحدى وثلاثين لوحة في حين أن عدد لوحات مدن هو تسع فقط.

٣ ـ إن جميع لوحات مدن مرسومة باللونين الأبيض والأسود.

٤ ـ تمثل لوحات مدن صوراً مرسومة لأشخاص بطريقة غامضة.

٥ ـ هنالك العديد من الاختلافات المتعلّقة بطرائق التطبيق واستخراج النتائج.

ج ـ تعليمات الاختبار: يتوجه الفاحص للمفحوص بالقول: سأعرض عليك عدداً من الصور. ترمز كل واحدة منها إلى فكرة وموضوع مختلفين عن باقي الصور. ومن الممكن أن تجد نفسك منجذباً للتركيز على شخصيات الصورة أو تتجاوزها. وهكذا، فإن كل واحدة من هذه الصور ستخلف لديك انطباعاً مميزاً وستولّد عندك مجموعة من الأحاسيس. والمطلوب منك هو تلخيص هذه الانطباعات عن طريق إجابتك على سؤالين هما:

(أ) ماذا ترى في الصورة؟

(ب) كيف تتخيل مجرى الأحداث في الصورة؟

هذا مع تنبيه المفحوص إلى أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، بل هنالك إجابات مميزة لكل شخصية ولكل نمط نفسي على حِدة.

د ـ استخراج النتائج: كاختبار موري، يعتمد اختبار مدن مبدأ الإسقاط لاستخراج نتائجه. فالمفحوص يُسقط مشاعره وصراعاته في الروايات التي يحوكها حول اللوحات، وفي هذه الروايات يكون المفحوص هو الشخصية الرئيسية والمحركة لها.

فالمريض المكتئب الحزين يروي القصص التي تحتوي على أفكار الكارثة. وهو يردد كلمات من نوع الخوف، البكاء، الاكتئاب، الموت...

أما إذا كان المفحوص سعيداً فإنه يروي القصص التي تعكس تفاؤله. وهو يستعمل كلمات مثل السرور، الرقص، التفاؤل، الأمل، المهرج... إلخ.

على هذه الأسس يتمكن الفاحص النفسي، الخبير بمبادىء الإسقاط والمتمرس بقيادة الفحص النفساني، من استخراج النتائج بسهولة فائقة وصولاً إلى تشخيص واضح ودقيق. وهذا ما يدعم استخدام الاختبار في عيادة الطب النفسي، حيث يتركز الفحص على المظاهر النفسية ـ المرضية ويستند

إليها. في هذه الحالة يقتصر دور الاختبار على توجيه الفحص النفساني، فالمفحوص يُضمّن رواياته، حول اللوحات، الكثير من عناصر قلقه. والطبيب، عن طريق تبنيه لهذه العوامل، يمكنه توجيه حواره باتجاهها.

أما بالنسبة للتطبيق العيادي المقنن فقد وجهنا دراستنا إلى النواحي الآتية:

١ ـ التطبيق السطحي.
٢ ـ التطبيق العميق.
٣ ـ تطبيق الاختبار في البسيكوسوماتيك.

٥ ـ التطبيق السطحي للاختبار

في هذه الحالة نطلب من المفحوص أن يكتب لنا إجاباته حول كل لوحة، على أن يوزّع إجاباته إلى:

أ ـ ماذا يرى في الصورة؟
ب ـ ماذا يجري في الصورة ـ ماذا يفعل هؤلاء الأشخاص؟

بعد انتهاء عرض اللوحات التسع وكتابة المفحوص لإجاباته حولها، نأخذ ورقة الإجابة ونضع علامات تراوح بين (−٢) و(+٢).

فبالنسبة للإجابات (أ)، نضع العلامات التالية:

ـ (−٢) للإجابات من نوع إنهم شياطين، مجرمون... إلخ.
ـ (−١) للإجابات من نوع إنهم أناس عاديون ولكن حزانى.
ـ (صفر) للإجابات المجردة مثل: إنهم مجرد أشخاص.
ـ (+١) للإجابات من نوع إنهم أشخاص مفكرون أو عاملون... إلخ.
ـ (+٢) للإجابات من نوع إنهم أشخاص سعداء... إلخ.

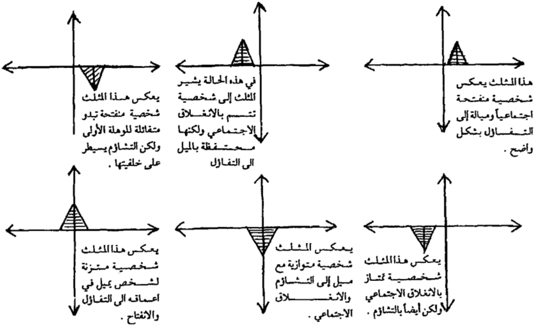
أما بالنسبة للإجابات (ب)، أي الروايات حول اللوحة، فنضع العلامات التالية:

ـ (−٢) للروايات من نوع إنه مأتم.
ـ (−١) للروايات من نوع: يبدو عليهم الإرهاق.
ـ (صفر) للروايات المجردة من نوع إنهم يتابعون حياتهم العادية.
ـ (+١) للروايات من نوع إنهم يلعبون.
ـ (+٢) للروايات من نوع إنها حفلة راقصة.

وبعد وضعنا لهذه العلامات ننقلها إلى الجدول التالي:

	الإجابات(أ)					الإجابات(ب)					(ج)		
	ـ٢	ـ١	صفر	+١	+٢	ـ٢	ـ١	صفر	+١	+٢	-	صفر	+
اللوحة الأولى													
اللوحة الثانية													
اللوحة الثالثة													
اللوحة الرابعة													
اللوحة الخامسة													
اللوحة السادسة													
اللوحة السابعة													
اللوحة الثامنة													
اللوحة التاسعة													
المجموع الجزئي													
المجموع													
المعدل													

بعد حصولنا على مجموعة العلامات في (أ) و (ب) نستخرج منهما العلامة ج وهي تساوي مجموع العلامات (ب) ناقص مجموع العلامات (أ). وبهذا نحصل على ثلاثة أرقام: أ، ب، ج وننقلها على المتعامدين فنحصل على مثلث. أما عن الاحتمالات الممكنة الحدوث بالنسبة لهذه المثلثات فهي التالية [أنظر الشكل أدناه]:



٦ ـ التطبيق العميق للاختبار

يأخذ هذا التطبيق منحىً تحليلياً ـ نفسياً، بحيث يستوجب إضافة إلى العناصر المذكورة أعلاه مراقبة ردود فعل المفحوص [لا يجري الفحص كتابة وإنما على شكل حوار يقوم فيه الفاحص بتدوين الإجابات]. ثم يعمد الفاحص إلى تحليل إسقاطات المفحوص ورواياته وكـأنها حلم يقظة. وبمعنى آخر، فإن التفسير العميق لـ «اختبار مدن» يأخذ مجرى تحليل الأحلام، تماماً كما يحدث في الاختبارات الإسقاطية الأخرى. وللاختصار، نورد الأمثلة التالية:

أ ـ في حالات الفصام العقلي: في هذه الحالة يمكن أن يرفض المريض الاختبار، إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تتضح لنا من خلال تأخره في إعطاء الإجابات. كما أنه من المألوف أن يرفض المفحوص متابعة الاختبار حتى نهايته، فيدّعي التعب أو يلجأ إلى الرفض المباشر.

ونحن خلال إجابات المفحوص نلاحظ العلائم التالية:

- التعلّق بالتفاصيل الثانوية مع العجز عن جمعها في فكرة واحدة مترابطة.
- تكرار تمثل الحيوانات في اللوحات.
- تكرار التركيز على الأشكال الهندسية وتمثّلها.
- غرابة أفكار الروايات.
- علائم رهاب المحيط، وتتجلّى من خلال الروايات التي تعكس الخوف.
- أحياناً رفض متابعة الاختبار.

ب ـ في حالات الانهيار: تتسم الروايات بالعلائم التالية:

- الانغلاق النفسي ـ العاطفي.
- التركيز على مشاعر الخسارة والكارثة.
- عدم الثبات النفسي الانفعالي.
- الروايات المقتضبة والقصيرة.
- علائم رفض الاختبار.

ج ـ في حالات القلق: تمتاز الروايات بالعلائم التالية:

- علائم الخوف.
- عدم الثبات النفسي الانفعالي.
- تكرار أفكار الروايات.
- تفاوت درجات تجاوب المفحوص مع الاختبار.

٧ ـ تطبيق الاختبار في البسيكوسوماتيك

في هذا المجال نركز على العلائم المتبدية لدى مرضى الربو، فنلاحظ أن إجاباتهم تتسم بالعلائم التالية:

- مظاهرات غير منطقية.
- وصف الأحاسيس الذاتية أثناء النوبات.
- الانغلاق الاجتماعي.
- عدم الثبات النفسي - الانفعالي.
- فقر الروايات مما يعكس التحفظ، أو غناها مما يعكس مظاهر هيستيرية.

٨ - أهمية الاختبار العربي

إيجاد الاختبار العربي هو الخطوة نحو إرساء المدرسة العربية لعلم النفس وللطب النفسي. فمثل هذه المدرسة لا يمكنها أن تقوم ما لم نوجد التصنيف العربي للاضطرابات والأمراض النفسية، والاختبار النفسي هو العامل الرئيسي للبحث في إيجاد هذا التصنيف. ونحن إذ ندعو إلى إرساء أسس المدرسة العربية فإن ذلك لا يعني بحال رفضنا للتصنيفات الأجنبية، بل جل ما نقصده هو تطويع هذه التصنيفات وتعديلها لتلائم خصائص الإنسان العربي.

لنأخذ مثلاً ما يتفق الغربيون على تسميته بـ «التحفظ الاجتماعي»، وهو عارض لا يوليه الفاحص الغربي أهمية خاصة مع ميله إلى اعتباره من خصائص الشخصية المنغلقة، اجتماعياً. وهذا صحيح، وصحته تؤكدها التجربة، بالنسبة للمريض الغربي. ولكنه غير صحيح بالنسبة للإنسان العربي. وحول هذه النقطة بالذات أسرد الحالة التالية:

أثناء عملي في إحدى المستشفيات الأوروبية عرض عليَّ أحد الزملاء حالة مريض عربي في الحادية والعشرين من عمره [أتى خصيصاً للعلاج]. ولدى مناقشتنا للحالة، وتبادلنا الآراء حولها، رأيت زميلي ميالاً إلى تشخيص «تناذر غانسر» في حين رأيت فيها بداية تقليدية لمرض الفصام.

وكانت نقطة الخلاف الرئيسية بيننا هي ما اعتبره زميلي تحفظاً اجتماعياً، وما اعتبرته أنا عزلة وانطوائية. وقد شرحت للزميل خصائص العلاقات في الأسرة العربية والترابط المتين في إطار هذه العائلة، مما يجعل من عزلة أحد أفرادها بصورة مفاجئة نوعاً من الاضطراب المرضي الملفت للنظر، بل وربما مقدمة لمظاهر الشعور بالغربة عن المحيط وعن الذات، وهي من العلائم الأولى للفصام.

في هذا المثال نرى أن اختلاف التصنيف واعتماد أساليب الفحص الغربية خطوات من شأنها أن تقودنا إلى التشخيص الخاطىء وبالتالي نحو العلاج الخاطىء.

واليوم إذ ننظر إلى محاولات برمجة التصنيفات الأجنبية على الحاسوب، وبرمجة عدد كبير من الاختبارات النفسية، نجد أنفسنا بعيدين جداً عن مثل هذه الطموحات، وذلك لأننا لم نخطُ بعدُ خطوتنا الأولى في هذا المجال. ونحن بالطبع لا ندعي أن الاختبار الذي عرضناه هو الأفضل، بل إن ما ندعو إليه هو تنسيق الجهود للعمل على إيجاد الاختبارات والمقاييس والتصنيفات التي من شأنها أن تجنبنا مزالق اللبس والغموض وسوء التشخيص. فبهذه الطريقة وحدها نستطيع أن نأمل باستغلال ترجمة البرامج الحاسوبية إلى العربية وتطبيقها في مجال الصحة النفسية. والواقع أن قدرتنا على استخدام الحاسوب في هذه المجالات، تعطينا إمكانيات تجعلنا نطمع في تعويض هذه الناحية وغيرها من نواحي القصور، وذلك وصولاً إلى تحقيق الخطوات على طريق المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس.

الفصل الرابع
أزمات المصطلح النفسي العربي وإشكالياته

إن المصطلحات العلمية ليست مجرد كلمات تُضاف إلى اللغة أو تُشتق منها. فهذه المصطلحات هي الدماء التي تغذي النظام الرمزي الأساسي للأمة والمتمثل باللغة. كما أن مصطلحات كل علم من العلوم هي بحد ذاتها عماد هذا العلم الذي يُشكِّل بدوره نظاماً رمزياً جديداً أو مطوراً للإرهاصات الأولى لهذا العلم. على أن هذا الأمر يختلف باختلاف طبيعة العلوم. فنقل العلوم البحتة، وكذلك العلوم القابلة للتعميم، يتم بالترجمة وذلك على خلاف العلوم غير القابلة للتعميم وخصوصاً العلوم الإنسانية. حيث يستلزم نقل هذه العلوم مخاضاً عسيراً نطلق عليه مصطلح «قاصر» في رأينا لأن نقل هذه العلوم يتخطى التطويع إلى إعادة نظر شاملة بالمنطلقات النظرية والعملية المولدة للمصطلح الأجنبي. فإذا ما أهملنا ذلك فإن النتائج ستكون كارثية.

لتبيان هذه النقاط نلجأ إلى تجربتنا في مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية الذي طرح مشروعه الخاص لمدرسة نفسية عربية وعقد الندوات والمؤتمرات لهذا الغرض[1].

١ ـ ضرورة تعريب العلوم النفسية:

تلعب العلوم النفسية، الطب النفسي خاصة، دور الوسيط المفصلي بين الطب (وهو علم قابل للتعميم) وبين العلوم الإنسانية، مع ما في هذه الوساطة من تجاذب مشترك بين العلوم النفسية (على صعيدي النظرية والممارسة) وبين كل من الطب والعلوم الإنسانية بتطبيقاتها المختلفة.

بالانتقال من النظري إلى العملي أذكر بداية تعاوننا مع الدكتورة موسون[2] واضعة اختبار رسم الوقت (الزمن). تلك البداية تجلت بالعمل على تطبيق هذا الاختبار في البيئة العربية. فطبقناه في لبنان

(١) ـ مؤتمر «نحو علم نفس عربي»، عقده مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية في طرابلس ـ لبنان (كانون الثاني/ يناير، ١٩٩٢).

ـ الموسم الثقافي لمركز الدراسات النفسية ـ الجامعة اللبنانية/ الفرع الثالث، ١٩٩٣.

ـ ندوة «الثقافة النفسية» في القاهرة، مجلة الثقافة النفسية (بيروت، دار النهضة العربية)، العدد الثامن عشر، ١٩٩٤.

ـ مقابلة مع فرج عبد القادر طه، تناولت موضوع المصطلح النفسي وأزماته، مجلة الثقافة النفسية، العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.

(٢) اليزابيت موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩. والمؤلفة هي رئيسة فرع =

على لبنانيين وسوريين وفلسطينيين ومصريين. كما طبقناه في معهد الاختصاصات العليا في بودابست على ليبيين ويمنيين. فكانت النتيجة أن العرب جميعاً يقلبون مجرى سيلان الوقت في رسوماتهم. فهم يرسمون الماضي إلى اليمين والمستقبل إلى اليسار على عكس ما يفعله الأجانب.

لهذه الملاحظة (يمكن للزملاء اختبارها) أبعاد عميقة وبالغة الدلالة. فالإنسان عندما يرسم الزمن فهو يُسقط نفسه في الزمان والمكان معبِّراً بذلك عن أسلوبه في معايشة الحياة والزمن ككل. لذلك فإن فهم حقيقة هذا الإقلاب يقتضي منا الرجوع إلى مفهوم الفلسفة للزمن (برچسون خصوصاً). كما يقتضي منا الرجوع إلى أدبيات الطب النفسي الخاصة بأساليب معايشة الزمن لدى المرضى والأسوياء (خصوصاً كتاب الوقت المعاش لـ منكوفسكي)(*)، كما أن شرح أبعاد هذه الملاحظة يقتضي عرض مئات الرسوم وشرحها[1]. لذلك سنكتفي بعرض الملاحظات تاركين للقارىء مسألة استشفاف أبعاد هذه الملاحظة من خلالها.

١ ـ إن تحليل الاختبارات المرسومة، ومنها رسم الوقت، يعتمد على مبادىء حاول ماكس بيلفر Max Pulver قولبتها في جدوله الشهير، حيث يعتبر يسار الرسم تعبيراً عن الماضي وأسفل اليسار انعكاساً للاوعية، في حين يعتبر يمين الرسم تعبير المفحوص عن تخيله للمستقبل وعن طموحاته المستقبلية[2].

هنا نسأل ماذا يحدث لو نحن طبقنا هذا المبدأ على المفحوص العربي؟ إننا سنحول طموحاته إلى لاوعي، وسنحول لاوعيه إلى مجرد تطلعات مستقبلية وعندها سنضع له تشخيص الفصام؟!...

٢ ـ يقوم الفصامي الأجنبي بإقلاب مجرى سيلان الوقت عندما يكون في حالة نكران الهوية الذاتية (يرفض إنتماءه لأهله أو لمجتمعه... إلخ). وكذلك يفعل الفصامي العربي فيرسم عندها الماضي إلى اليسار والمستقبل إلى اليمين. فإذا حللنا رسمه وفق المبادىء الأجنبية فإنه سيتبدّى لنا سليماً وسنحكم بسوائه[3].

٣ ـ من الحالات التي تسمح بتعميم هذا الاختبار نذكر الرسومات التي يشير راسموها إلى الوقت برسمهم ساعة بواحد من أشكالها المعروفة (ساعة يد أو حائط أو ساعة رملية... إلخ). لكن أي رمز إضافي في هذه الرسومات يعود ليطرح المشكلة نفسها.

٤ ـ تختلف دلالات الرموز المستخدمة في الرسم باختلاف الثقافات، ويزداد تعقيد هذا

= الطب النفسي في معهد الاختصاصات العليا في بودابست حتى عام ١٩٩١. ورئيسة سابقة للجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي. وقد ترجم مركز الدراسات النفسية أحد كتبها الهامة.

(*) E. Minkowski, *Le temps vécu*. Editions Nistlé - de la chaux, 1971. وهو غير مترجم، ولكن مجلة الثقافة النفسية قدمت عرضاً له.

(١) اليزابيت موسون: «اختبار رسم الوقت»، مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠.

(٢) مجموعة مؤلفين: «اختبار رسم الشجرة»، مجلة الثقافة النفسية، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.

(٣) اليزابيت موسون ومحمد أحمد النابلسي: «اختبار رسم الوقت في أوضاع الكارثة» ـ محاضرة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي ـ أثينا (١٩٨٩)، منشور في مجلة الثقافة النفسية، العدد الثاني، ١٩٩٠.

الاختلاف عندما تُستخدم هذه الرموز للتعبير عن المجردات. من هنا عدم إمكانية إلغاء الفوارق عبر الثقافية في مثل هذه الحالات.

بعد هذه الملاحظات قد يُفاجأ القارىء إذا ما عرف أن كل الكتب والمقالات العربية التي تناولت موضوع الاختبارات المرسومة قد ترجمت جدول ماكس بيلقر كما هو ودون أي تعديل. كذلك فهي قد ترجمت تحليل هذه الاختبارات بدون أي تعديل أيضاً. ثم نجد في المقابل خلافات هؤلاء المؤلفين والمترجمين حول تفاصيل إصطلاحية تصبح دون معنى إذا نحن قبلنا بتعميم التحليل واستخراج النتائج دون الاهتمام بمدى صحتها أو خطئها.

في مثل هذه الحالات فإن الأمر يتعدى مجرد تطبيق اختبار وصولاً إلى نتائجه الموضوعية إلى عرض أسلوب أمة كاملة في معايشة مختلفة للزمن وبفلسفة مختلفة للحياة وذلك وصولاً إلى إعلان حقنا في هذا الاختلاف وأيضاً شرحه حتى لا نُتهم بأننا أمة من الفصاميين. لكن المؤسف أن بعض اختصاصيينا يبتعدون عن الخوض في عمق المسألة ويتلهون بالعمل على استنباط مصطلحات رديفة لمصطلحات موجودة بهدف إثبات الوجود لا غير.

٢ ـ القواعد العامة لمناقشة المصطلح:

نأسف لتقرير واقع اشتقاقنا لهذه القواعد من خلال الندوات التي عقدناها أو شاركنا فيها بهدف مناقشة أزمة المصطلح النفسي العربي. من هذه القواعد ما نراه أساسياً لارتباطه بقواعد اللياقة وبأحد أبسط مبادىء الحوار والتواصل وهو الحق في الاختلاف. لذا نرى ضرورة التركيز على النقاط الآتية:

أ ـ الصفات الواجب توفرها في طارح المصطلح:

إن العمل المعجمي هو عمل موسوعي يقتضي تعاون ومشاركة مجموعة متنوعة من الاختصاصات. فلو أخذنا المعجم النفسي مثالاً فإننا نجد ضرورة مساهمة اختصاصيين من مختلف الفروع النفسية (طب نفسي وتحليل نفسي وعلم نفس عيادي واجتماعي... إلخ) إضافة إلى لغويين يدققون في صحة المصطلح المطروح ومرونته وقابليته للاستخدام وللاشتقاق اللغوي. كما يستوجب هذا المعجم مشاركة تراثيين مطلعين على التراث العربي الطبي والفلسفي.

ولعله من المؤسف التقرير بأن عقبات عديدة تحول دون هذا التعاون بحيث تأتي غالبية أعمالنا المعجمية نتيجة لجهود فردية تعتمد مناهج مختلفة منها على سبيل المثال لا الحصر:[1]

١ ـ ترجمة المعاجم الأجنبية: حيث عرفت المكتبة العربية عدة محاولات في هذا الاتجاه.

٢ ـ ملحقات الترجمات: وهو أسلوب يعتمده بعض المترجمين والمؤلفين العرب.

٣ ـ العمل المعجمي الأصيل: وهو نادر في مكتبتنا العربية، ويحتمل الكثير من النقد والنقاش.

---

(١) ذكرنا سابقاً ترجمة الدكتور مصطفى حجازي لمعجم مصطلحات التحليل النفسي وملاحق المصطلحات المثبتة في نهاية ترجمات مصطفى زيور وفريقه، ومعجم علم النفس والتحليل النفسي التي وضعها الدكتور فرج عبد القادر طه ومشاركوه (راجع الفقرة الثالثة من الفصل الأول من هذا الكتاب).

هذا بالنسبة للنماذج الجيدة التي تقابلها نماذج في غاية السوء ومنها نذكر:

١ ـ المعاجم التجميعية: حيث تتألف هذه المعاجم من مجموعات مقتطفة من معاجم مختلفة تستخدم غالباً مصطلحات مختلفة، الأمر الذي يربك القارىء ويضفي عدم التوازن على هذه المعاجم بالإضافة إلى انعدام الأمانة العلمية فيها.

٢ ـ المعاجم المنقولة: حيث نجدها مجرد محاولات فاشلة لاختصار معاجم عربية أو أجنبية.

٣ ـ المعاجم التجارية: وغالباً ما تكون ترجمة تجارية لأحد المعاجم الأجنبية وغالباً ما تأتي على يد مترجمين غير متخصصين.

أمام هذه الوقائع عملت لجنة المصطلح في مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية على وضع واقتراح مجموعة من المعايير والشروط الواجب توفرها في الاختصاصي الذي يتصدى لطرح مصطلحات جديدة ولاقتراح استبدال مصطلحات قديمة أو مناقشتها. بناء عليه حددت اللجنة المواصفات التالية لطارح المصطلح.

١ ـ أن يملك المستوى العلمي الذي يؤهله لهذه المناقشة، في حقل الاختصاص الدقيق للمصطلح موضوع المناقشة.

٢ ـ أن يكون لديه نتاج تأليفي يثبت خبرته في التعامل مع المصطلحات بمختلف اشتقاقاتها اللغوية واستخداماتها، مما يقتضي حكماً أن يكون هذا الإنتاج ذا مستوى أكاديمي راقٍ.

٣ ـ أن لا تستند طروحاته إلى أخطاء لغوية شائعة أو إلى لهجة أو تيار قطري أو إلى أحد المعاجم اللغوية الحديثة.

٤ ـ أن يكون قد أثبت احترامه لقواعد الأمانة العلمية ولياقتها من خلال ممارساته كافة.

٥ ـ أن يثبت احترامه للمقامات العلمية وللموضوعية العلمية بعيداً عن الطروحات النرجسية والرغبة بالاختلاف من أجل الاختلاف.

٦ ـ أن يكون ملماً إلماماً وافياً باللغة الأصلية للمصطلح وألا يكون طرحه مستنداً إلى لغة أجنبية غير اللغة الأصلية التي ورد فيها المصطلح.

٧ ـ أن يكون متقناً للغة العربية ومطلعاً على مصطلحاتها التراثية وقادراً على تجنب الأخطاء اللغوية الشائعة.

٨ ـ أن لا يحاول النيل من مصطلحات صحيحة لغوياً ومستوفية الشروط العلمية ومتمتعة بقبول المتخصصين في المجال الدقيق.

٩ ـ أن لا تحمل المناقشة طابع الهجوم الشخصي على أفراد أو جمعيات أو مؤسسات.

ب ـ مواصفات المصطلح المقبول:

حددت أسرة **الثقافة النفسية** شروطها لقبول المصطلح النفسي في سياق تقديمها لـ معجم الثقافة

النفسية لمصطلحات الطب النفسي[1]. هذه المواصفات كانت التالية:

١ ـ وضوح دلالة المصطلح على المعنى المقصود وحسن تصويره له.

٢ ـ أن تكون موضوعية بحيث يمكن اضفاؤها على جوانب واستعمالات المدلول كافة.

٣ ـ تجنب استخدام مرادفات عربية متعددة للمصطلح الأجنبي الواحد.

٤ ـ الإيجاز والاختصار وتجنب الكلمات المركبة مع اللجوء إلى النحت عند الحاجة.

٥ ـ وضع المصطلح بعد الرجوع إلى أصله الأجنبي والتعمق في معرفة هذا الأصل وجذوره.

٦ ـ أن يسمح المصطلح بالاشتقاقات اللغوية اللازمة لاستخدامه في المقامات المختلفة.

٧ ـ تجنب الألفاظ والكلمات العامية والأخطاء اللغوية الشائعة.

٨ ـ أن يكون المصطلح قابلاً للضبط بتطبيق قواعد تحديد شكل الاصطلاح.

٩ ـ أن تجري المقارنة بين المصطلح المقترح وبين الاستعمالات اللسانية العربية وذلك بالعودة إلى تراثنا اللغوي وإلى لسان العرب لابن منظور خصوصاً.

يلاحظ القارىء أن هذه المواصفات لا تقتصر على المصطلح النفسي بل هي قابلة للتعميم والتطبيق على المصطلحات العلمية على وجه العموم، ومع ذلك يتم تجاوزها في غالبية المعاجم النفسية العربية.

ج ـ المصطلحات ذات الخصوصية الثقافية:

إن الفرع عبر الحضاري في العلوم النفسية أنتج العديد من المصطلحات ذات الخصوصية الثقافية. لكن ضعف الاختصاص وبعثرة الجهود العربية في هذا المجال كانا حائلاً في وجه عملية إرساء مصطلحات نفسية ذات خصوصية عربية. مع ذلك نجد في الأدبيات النفسية العربية أبحاثاً تعرض لهذه الخصوصية ولكن دون أن تتمكن من إدراج مصطلحات خاصة بها على الصعيد العالمي. من الأمثلة على هذه الأبحاث نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

١ ـ تناذر الزوجة الأولى: د. حسين درويش (مؤتمر أثينا ١٩٨٩)[2].

٢ ـ حالة اضطراب عقلي عابر في منطقة وسط الفرات: د. عبد القادر الشيخلي (مؤتمر أثينا ١٩٨٩)[3].

٣ ـ هذيان المهدوية (رديف لهذيان الموسوية): د. محمد أحمد النابلسي[4]، **(الثقافة النفسية)**.

٤ ـ خصائص مخاوف الموت: د. أحمد عبد الخالق[5].

---

(١) مجموعة من الباحثين: «معجم مصطلحات الطب النفسي»، مجلة **الثقافة النفسية**، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.

(٢) مجلة **الثقافة النفسية**، العدد الثاني، ١٩٩٠.

(٣) المرجع نفسه.

(٤) راجع الهامش (١) أعلاه.

(٥) أحمد محمد عبد الخالق: قلق الموت، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، آذار/ مارس، ١٩٨٧.

٥ ـ الخصوصيات الماورائية في المعايشة العربية[١]: د. محمد فخر الإسلام (الثقافة النفسية).

٦ ـ مظاهر عيادية مرتبطة بالعوامل الثقافية[٢]: د. فاروق السنديوني (الثقافة النفسية).

ونكتفي بهذا القدر من الأمثلة لنعود فنذكِّر: أن تعريب العلوم النفسية يتخطى جميع أزمات وإشكاليات المصطلح إلى ضرورات تعديل النظريات ومبادىء الممارسة وصولاً إلى إقلابها للضد في بعض الحالات، كمثل حالة الاختبارات المرسومة المشار إليها سابقاً، مما يضيف شروطاً جديدة إلى المواصفات المطلوبة في المصطلحات العربية المقترحة. حيث نقترح هنا تقسيم النصوص الأجنبية ومصطلحاتها إلى قسمين: ١ ـ قابلة للتعميم (بإثبات قابليتها للاستخدام العيادي والعملي)، و٢ ـ غير قابلة للتعميم، بمعنى أنها تتناقض مع معطيات الواقع المعيوش في مجتمعنا. في هذه الحالة سنجد أن الأمر يتخطى إشكاليات المصطلح إلى ضرورات إدخال تعديلات جذرية على الهيكليات النظرية وإعادة النظر بالخلفيات الفكرية ـ الفلسفية التي تقوم عليها هذه الهيكليات. هنا نتوقف عن المتابعة لاستحالتها بسبب عواقب وحواجز غير ممكنة الاختراق وموزعة على صعيدين: ١ ـ قصورنا الذاتي (على صعيد الخبرات والإمكانيات العلمية والمادية والتكاملية)، ٢ ـ عوامل التبعية الثقافية، حيث يتعصب بعض باحثينا العرب للنظريات الأجنبية تعصباً لا نجده عند واضعي هذه النظريات من العلماء الأجانب أنفسهم. ونكتفي بهذا القدر حتى لا نقود أنفسنا إلى التفاصيل التي يكمن الشيطان في طياتها.

د ـ ضبط سياسة ترويج المصطلحات:

إن مراجعة سطحية للإصدارات النفسية العربية[٣] تبين لنا أن الكتب الرائجة ومتعددة الطبعات هي كتب ثقافية نفسية عامة معدة أو مترجمة بطريقة عشوائية وبمستويات مختلفة. بحيث يكون الرواج متعلقاً بقدرة الناشر على التوزيع أكثر من ارتباطه بالمستوى العلمي للعمل. هذا الرواج هو الذي يحدد انتشار المصطلح، بحيث يكون هذا الانتشار مرتبطاً بمجموعة عوامل ليس من بينها عامل صلاحية المصطلح وجديته، مما يساهم في تعقيد فوضى المصطلحات في المكتبة العربية وأيضاً في تعميم وانتشار مصطلحات سنجد صعوبات جمة لدى محاولتنا إبدالها بأخرى أكثر ملاءمة ودلالة.

٣ ـ على طريق ضبط المصطلحات النفسية العربية:

إن تجربتنا المحدودة لا تتيح لنا الجرأة لتعميم مقترحاتنا حول هذا الموضوع، من هنا محدودية تطبيقنا لهذه المقترحات. حيث عمدنا إلى تطبيق تجربتنا بصورة أولية على إنتاج مركز الدراسات النفسية وعلى مجلته **الثقافة النفسية**. هذه المقترحات التي استوحيناها من خلال برنامج متعدد المراحل نوجزه على النحو الآتي:

أ ـ عقد الندوات الخاصة لمناقشة موضوع المصطلح بمختلف وجوهه (اللغوية واللسانية والعلمية

---

(١) محمد فخر الإسلام: «لمحة عن الاضطرابات النفسية في العالم العربي»، مجلة الثقافة النفسية، العدد السادس عشر، ١٩٩٤.

(٢) «دليل الكتاب النفسي العربي»، مجلة الثقافة النفسية، العدد الثاني عشر، ١٩٩٢.

(٣) المرجع نفسه.

الدقيقة) والمشاركة الإيجابية في المناقشات الدائرة حول الموضوع. إضافة إلى إجراء المقابلات واللقاءات الشخصية في المنحى ذاته.

ب ـ المشروع التوثيقي للثقافة النفسية: وهو يتضمن المراحل التالية:

ـ دليل الكتاب النفسي العربي[1] (مع دراسته دراسة تحليلية مفصلة).
ـ دليل الاختبارات النفسية العربية[2].
ـ دليل الأطباء النفسيين العرب[3].
ـ دليل الاختصاصيين النفسيين العرب[4].
ـ دليل الجمعيات النفسية العربية[5].

ج ـ طرح معجم الثقافة النفسية للمناقشة: حيث نشر على ثلاثة أجزاء هي:

ـ معجم مصطلحات الطب النفسي (**الثقافة النفسية**، العدد ١١).
ـ معجم مصطلحات علم النفس (**الثقافة النفسية**، العدد ١٢).
ـ معجم مصطلحات التحليل النفسي والبسيكوسوماتيك (**الثقافة النفسية**، العدد ١٥).

في هذه المعاجم اعتمدنا الضوابط المصطلحية التالية:

أ ـ في ميدان الطب النفسي إلتزمنا بالمصطلحات الواردة في **المعجم الموحد للمصطلحات الطبية** الصادر عن مجلس وزراء الصحة العرب ـ مع استثناءات نادرة مستعدين للتراجع عنها.

ب ـ في ميدان التحليل النفسي اتفقنا فيما يُشبه إجماع المتخصصين العرب على اعتماد المصطلحات التي وضعها مصطفى زيور وفريقه وأسقطنا باقي المصطلحات لعدم وفائها بالشروط المعروضة أعلاه، خصوصاً وأن غالبية معارضي مصطلحات زيور ليسوا متخصصين في التحليل النفسي وإن كانوا حملة شهادات أكاديمية في اختصاصات أخرى.

ج ـ في ميدان علم النفس قمنا بتثبيت المصطلحات المشتركة مع الطب النفسي ومع التحليل النفسي ثم لجأنا إلى محاولة تطبيق المبادىء والمعايير المشار إليها أعلاه في عملنا على انتقاء بقية المصطلحات من بين المصطلحات المطروحة من قبل المعجمين مستوفي الشروط.

هذه المعاجم الثلاثة مطروحة حالياً على بساط البحث والمناقشة حيث يهمنا في مرحلة أولى تصنيف جميع المصطلحات الواردة في إحدى الخانات التالية:

أ ـ مصطلحات مقبولة بإجماع الباحثين مستوفي الشروط كلٍّ في مجال اختصاصه الدقيق.

ب ـ مصطلحات مرفوضة بإجماع الباحثين مستوفي الشروط كلٍّ في مجال اختصاصه الدقيق.

---

(١) **الثقافة النفسية**، العدد الخامس عشر، ١٩٩٤.
(٢) **الثقافة النفسية**، العدد الحادي عشر، ١٩٩٢.
(٣) **الثقافة النفسية**، العددان السابع عشر والثامن عشر، ١٩٩٤.
(٤) **الثقافة النفسية**، العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.
(٥) المرجع نفسه.

ج ـ مصطلحات لها مرادفات عربية عديدة مما يستوجب الاتفاق على اعتماد أفضلها.

د ـ مصطلحات يجب إسقاطها لكونها صادرة عن غير متخصصين والإفساح في المجال لرأي أصحاب الاختصاص الدقيق في مجالها.

هـ ـ مصطلحات تحتاج إلى تعديلات جذرية بحيث يتم تفريعها إلى مرادف لغوي يمثل الترجمة للمصطلح الأجنبي وإلى مرادف يتماشى مع واقع معايشة المصطلح في مجتمعنا (مثل هذيان الموسوية وهذيان المهدوية).

و ـ مصطلحات يفضل تعريبها (باستخدام الحروف العربية في كتابتها بلفظها الأجنبي) ريثما يظهر لدينا أبحاث وباحثون متعمقون في مجالها ـ حيث نعاني نقصاً في الخبرات البشرية في عدد كبير من الفروع النفسية الحديثة.

مع كل هذا تبقى إشكالية كبيرة مطروحة على شكل سؤال: حتى في حال الوصول إلى معجم عربي موحد للمصطلحات النفسية، ما هي السبل الآيلة إلى اعتماده في أجواء انعدام التعاون العلمي العربي المشترك وفي أجواء المنافسة غير الأكاديمية بين الأكاديميين؟.

الفصل الخامس

معادلة العلاج النفسي على الطريقة العربية

يمتاز المجتمع العربي بنظرته الخاصة ومفاهيمه المميزة للعلاج النفسي. ولا يمكن لأي شخص [أو مدرسة أو مجموعة] أن يتنكر لخصائص مجتمع ما حتى ولو كانت هذه الخصائص وليدة تفسير خاطىء وغير منطقي للحقائق. ولكن المجتمعات الراغبة في التطور لا بد أن تتخلص من شوائب الإشاعات وأن تقضي على غابات الجهل الكثيفة التي تحول دون التعامل مع الواقع بالموضوعية اللازمة. هذا إذا كانت هذه المجتمعات راغبة فعلاً في التطور. فإذا رفضته أو خافت منه فإنها تلجأ إلى الحيل لإيجاد تبريرات «منطقية» للواقع تمهيداً لقبوله دون أي تغيير. والواقع الذي نود مناقشته هو واقع عجز الفرد (العربي) عن الإفادة من العلاجات النفسية المتوافرة، ويتضح لنا حجم الخسارة الناجمة عن هذا العجز، من خلال مراجعتنا لتعريف أهداف الطب النفسي المعاصر[1]. فهو «يهدف إلى مساعدة الشخص على بلوغ المستوى الذي يؤهله لأن يعيش المستوى الأفضل لسعادته ولأن يكون في المستوى الأفضل الذي يتيح للمجتمع الإفادة من قدراته ومساهماته». فمن خلال هذا التعريف تتضح أمامنا الخسائر التي تلحق بالمجتمع عندما يتخلف أفراده عن العلاج. فالمضطرب نفسياً هو في الواقع إنسان مشلول من الناحية الاجتماعية؛ إنه من ناحية يعيش حياته بعيداً عن السعادة ومن ناحية أخرى يفقد فعاليته الاجتماعية وحتى الأسرية. ولعلنا ندرك، بصورة أكثر جلاءً، حجم هذه الخسائر إذا ما عرفنا أن ١٠٪ من السكان يحتاجون إلى زيارة العيادة النفسية، وذلك وفق إحصاءات منظمة الصحة العالمية التي تؤكد أن المشكلة أكبر حجماً في الدول النامية منها في الدول المتقدمة[2]. ولكن ما هي الأسباب المؤدية إلى هذه الخسائر:

تتداخل الأجوبة المبررة لهذه الأوضاع وتلامس مواضيع غايةً في الدقة والحساسية حتى يتفجر من خلالها نقاش يختلف فيه المحاورون عما إذا كانت هذه النقاط أسباباً أم نتائج! وفيما يلي سنحاول استعراض هذه الأسباب:

أ ـ الشائعات الكاذبة: تطول قائمة هذه الشائعات بحيث يصعب مجرد تعدادها، حتى إن بعضها

---

(١) الطب النفسي ودوره في التربية، مرجع مذكور سابقاً.

(٢) مجلة الثقافة النفسية، المجلد الأول، العدد الثاني، ١٩٩٠.

بات متداولاً وكأنها حقائق ثابتة لا تقبل الجدل. وفيما يلي عينة منها:

- يمكن شفاء حالات الجنون دون دواء.
- الأدوية النفسية تسبب الجنون.
- يمكن للعلاج النفسي (دوائي أو غير دوائي) أن يلحق الضرر بالمريض.
- الأدوية النفسية سموم يجب الابتعاد عنها.
- كل زوّار العيادة النفسية هم من المجانين.
- تستطيع العلاجات التقليدية أن تحل الأزمات والأمراض النفسية كافة.
- المرض النفسي ينجم عن السحر أو الكتابة أو هو من أعمال الشياطين.

ونكتفي بهذا القدر لننتقل إلى السبب التالي.

ب ـ **القساوة النفسية**: لطالما أشدنا، ولا نزال، بترابط الأسرة العربية وبالأدوار النفسية والاجتماعية الخاصة التي يلعبها النظام الأسري العربي. ولكن هذا النظام، مثله مثل سائر الأنظمة، لا يخلو من ثغرات يمكنها أن تتحول إلى مآزق ومشاكل جدية في حال تجاهلها وعدم الحيطة لها. ولنأخذ مثلاً موقف العائلة العربية في حال إصابة أحد أفرادها بالمرض النفسي، ولنقارن بين هذا الموقف وموقفها في حال إصابة أحد أفرادها بالمرض الجسدي. (انظر جدول المقارنة بين المرضين الجسدي والنفسي):

المرض الجسدي	المرض النفسي
١ ـ يستدعى الطبيب بشكل فوري.	١ ـ يتردد الأهل كثيراً قبل اللجوء إلى الطبيب.
٢ ـ تنفذ تعليمات الطبيب بدقة.	٢ ـ يحاولون التهرب من تنفيذ التعليمات.
٣ ـ يثقون بالطبيب.	٣ ـ يفضلون مراجعة أكثر من طبيب.
٤ ـ يقبلون التشخيص.	٤ ـ يحيطون التشخيص بالشك.
٥ ـ يكون المرض مناسبة اجتماعية للزيارات.	٥ ـ يحاولون إخفاء نبأ المرض حتى عن المقربين ولو إلى حين.
٦ ـ الامتنان للمعالج.	٦ ـ عدائية غير ظاهرة أمام المعالج.
٧ ـ الرغبة في متابعة العلاج لغاية الشفاء التام.	٧ ـ محاولة إنهاء العلاج بأقصى سرعة ممكنة (حتى قبل أوانه).
٨ ـ الميل إلى التماهي بالمريض (لدرجة ظهور علائم انهيارية).	٨ ـ الميل إلى اعتبار موضوع سيّىء (لدرجة محاولة التخلص منه معنوياً).
٩ ـ التعاطف مع مظاهر المرض.	٩ ـ الشعور بالجروح النرجسية.
١٠ ـ معايشة مع مظاهر المرض.	١٠ ـ توجيه انتقادات مكثّفة إلى المريض.
١١ ـ مشاعر عطف.	١١ ـ مشاعر خوف.
١٢ ـ مشاعر هابيلية تجاه المريض.	١٢ ـ مشاعر قابيلية تجاه المريض.
١٣ ـ يسردون أعراض المرض بدقة.	١٣ ـ يحاولون إخفاء أو إغفال بعض العوارض.

ج - **انخفاض مستوى الوعي الصحي**: لسنا في مجال تعداد الآثار السلبية لواقع انخفاض هذا المستوى إذ يكفينا أن نذكّر بمحاولات التهرب من حملات التلقيح. وفي هذا المجال يهمنا انخفاض مستوى الثقافة النفسية بحيث نلاحظ زيادة في نسبة ولادات الأطفال المشوهين، إضافة إلى المواقف السلبية الأخرى المؤدية إلى رفض العلاج النفسي عامة والطبي النفسي خصوصاً.

د - **المرض النفسي والخيال الشعبي**: إستناداً إلى العوامل المذكورة أعلاه يحاط المريض النفسي العربي (ومعه المرض) بهالة من الغموض، فتنسج حوله الحكايات ومنها ما هو في غاية الطرافة بحيث يمكنها أن تتحول إلى نكات ناجحة لولا اللهجة فائقة الجدية التي تروى بها هذه الحكايات. ويتجسد هذا التصور في أدبنا القصصي (خاصة عند نجيب محفوظ) بشخصية الشحاذ - المجنون الذي يلازم مقهى الحي في الغالب.

هـ - **العجز الطبي**: في هذا المجال، علينا أن نقرر حقيقة واقعة ومفادها أن العجز الطبي يلعب الدور الأهم في نشوء هذه الإشكالات؛ فلو راجعنا قائمة الأمراض التي يدّعي المشعوذون معالجتها، والتي تنسج حولها الحكايات، لرأينا أن هذه القائمة تضم إلى جانب الأمراض النفسية جميع الأمراض التي لا يزال الطب عاجزاً أمامها. هذا في حين تغيب عن هذه القائمة كامل الأمراض التي يملك الطب علاجاتها الشافية. ومما تقدم يجب ألا نفهم هذا العجز على أنه عجز مطلق، إنما مجرد ثغرات يدخل منها المشعوذون إلى ميدان الشفاء. فعلى صعيد الطب النفسي تحديداً، فإنه بات اليوم قادراً على التحكم بمختلف المظاهر المرضية كما بات قادراً على شفاء القسم الأكبر من الأمراض النفسية المعروفة.

و - **الخطأ الطبي**: تتميز مناقشة هذا الموضوع بحساسية كبيرة. لذلك نكتفي بالتذكير بتلك الفوارق في تشخيص الفصام واختلاف نسبه باختلاف المدارس. فالمريض نفسه يمكن أن يكون فصامياً لدى أحد الأطباء وغير فصامي لدى غيره! أضف إلى ذلك مساهمة بعض الأطباء في تدعيم «رهاب العيادة النفسية» لدى مرضاهم، فنرى بعض أطباء الاختصاصات الأخرى يصفون المهدّئات لمرضاهم ويحذرون من تلقيها من الاختصاصي!

*** الثقافة العربية النفسية**

(أ) **الطب النفسي والرواية**: عندما نتكلم عن الرواية فإننا نتكلم عن السينما ضمناً، ذلك أن غرابة مشاعر المريض النفسي وصعوبة فهمها من قبل الجمهور تشكل عوامل تجعل من الصعب اختصارها في قصة قصيرة (خلا بعض الحالات). وعليه فإننا نلاحظ وجود علاقة أكيدة بين الطب النفسي والرواية لم تعد خافية بل إنها باتت مقسمة بوضوح إلى عدة فروع هي:

١ - الرواية التي تعرض لحالة ولحالات مرضية نفسية [الأبله، الذهان(*)، الخيط الرفيع، ومن فضلك أعطني هذا الدواء، إلخ...].

٢ - الرواية التي تعرض طريقة العلاج النفسي وتنتقدها [البرتقالة المعدنية، مجانين، ليتك كنت هناك، إلخ...].

(*) مثلث في ثلاثة أفلام سينمائية هي: Psychose I, II, III.

٣ ـ الرواية التي تعرض موقف المريض النفسي من العلاج [سيبيل، برسونا، السراب، إلخ . . .].

٤ ـ الرواية التي تعرض مواقف الطبيب النفسي وانفعالاته (هارولد ومود وبيت الألعاب، Agnes of God، الناس العاديون، إلخ . . .).

٥ ـ الرواية التي تعرض لتجارب وأمراض نفسية خاصة [طيران فوق عش الكوكو، السراب، الناس العاديون إلخ . . .].

٦ ـ الروايات التحليلية التي تعرض عقدة نفسية أو أكثر وانعكاساتها على حياة حامل العقدة وسلوكه [الناس العاديون، المناوئون، إلخ . . .].

(ب) **دور الرواية في الثقافة النفسية**: يملك الأسلوب الروائي (خاصة عندما يتحول إلى فيلم سينمائي) خاصية الجذب والتأثير. لذلك فالرواية النفسية هي في رأينا الوسيلة المثلى لنشر الثقافة النفسية، وتعديل المواقف الخاطئة من العلاج النفسي، ووضع الحدود لممارسات الشعوذة. ولذلك أيضاً شروط:

١ ـ أن يملك الروائي ثقافة نفسية واسعة ويستند إلى وقائع ثابتة.

٢ ـ أن يطلب عقلنة الرواية من قبل اختصاصيين.

٣ ـ أن يكون على علاقة مباشرة مع شخصية المريض (كأن يعايش المرض ويرى تأثيره ومظاهره على المرضى أو أن يكون هو نفسه مريضاً كما كانت حال دوستويفسكي).

٤ ـ أن يستبعد جميع الشائعات والحكايات التي لا تستند إلى حقائق عملية.

٥ ـ أن يتجنب الإسقاطات غير المأمونة مما قد يجعل من روايته مصدراً آخر للشائعات.

٦ ـ عدم إصدار الأحكام المطلقة.

٧ ـ عدم وضع النهايات الجازمة، وخاصة التخلي عن محاولات إقناع القارىء بالنهاية. فللقارىء حقه في تخيّل مبرّرات هذه النهاية، خاصة وأنه لا يمكن لأي مؤلف أن يدعي إحاطته بمختلف الأسباب المؤدية إلى النهاية. ويكفينا في هذا المجال اعتراف فرويد[1] بعجزه عن الإحاطة بجميع مدلولات «أحلام مريضته دورا».

ولدى مراجعتنا لأكثرية الروايات النفسية العالمية نجد أن غالبيتها العظمى لم تلتزم بهذه الشروط باستثناء روايات دوستويفسكي.

(ج) **الأموات الأحياء**: في هذه الفقرة نتكلم عن التحفة الأدبية لحظات اليقظة التي ألّفها طبيب الأعصاب أوليفر ساكس، الذي بدأ تجربته، المدونة في هذه القصة، في العام ١٩٦٦، حين دخل إلى أحد عنابر مستشفى «مونت كارمل» السري. ويصف ساكس ما شاهده في هذا العنبر قائلاً: «وجدت هناك عدداً من وجوه البشر الأموات. كأنهم تماثيل من لحم ودم. . كانت لهم نظرات زائغة وابتسامات

(١) بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

بلا معنى. . لقد كانوا أناساً من حجر. . وقد انفطر قلبي لهذه المناظر المأسوية ولم أستطع نسيانها إلّا بعد فترة طويلة. . . وهؤلاء المرضى [الأحياء الأموات] الذين يصفهم ساكس في لحظات اليقظة كانوا مصابين بأغرب أمراض القرن العشرين على الإطلاق، وهو المرض الذي يصيب حامله بالنوم الأبدي إذ ينام المريض لسنين طويلة فلا هو بالحي ولا بالميت. ولقد ظهر هذا المرض فجأة في العام ١٩٢٠ ولم يلبث أن اختفى فجأة [كما ظهر] بعد عشر سنوات حاصداً خمسة ملايين مريض. ومن حينه تمّ عزل مئات الألوف من هؤلاء المرضى في مستشفيات سرية. وفي العام ١٩٦٧ [أي بعد ما يراوح بين ٣٧ و ٤٧ سنة على نوم هؤلاء] ظهر عقار جديد مضاد للشلل الرعاشي (باركنسون) فكان بارقة أمل لهؤلاء المرضى إذ يظن الأطباء أن لمرضيّ النوم الأبدي وباركنسون منشأ مشتركاً. ويصف لنا المؤلف تردده قبل تجربة هذا الدواء على مرضاه النيام، ثم يصف تغلّبه على التردد وقراره باستخدام الدواء. فماذا كانت النتيجة؟

تحركت التماثيل واستبدلت النظرات الزجاجية الجامدة بنظرات حية معبِّرة. لقد دبّت الحياة في هؤلاء المرضى وانطلقت ضحكاتهم بعد حوالى نصف قرن على خمودها. ولكن المأساة لم تلبث أن تفجرت إذ تحولت البهجة إلى صدمة ومن ثم إلى كآبة. والكتاب يصف هذا التحول بلهجة تجمع بين المعايشة الإنسانية والملاحظة الطبية الدقيقة. ومن القصص التي يعرضها الكتاب «قصة روز»، وهي ملهمة الكاتب المسرحي الانجليزي الشهير هارولد بنتر في مسرحية شيء مثل ألاسكا. لقد أصيبت روز بالمرض وهي في الواحدة والعشرين، وعندما استيقظت من نومها [الذي لم تحس بطوله] نظرت في المرآة لتجد نفسها فجأة عجوزاً في الثانية والستين. لقد غاب الوجه المتألق المتفجر بالحياة وظهرت مكانه أخاديد وتجاعيد وعيون ذابلة من كثرة النوم. وعندها صرخت روز: «من الذي سرق عمري؟» ثم تهاوت في أعماق الكآبة. إن قصص هذا الكتاب تضع مؤلفها في منصب ريادة الرواية النفسية ـ العلمية. خاصة وأن أعماله لم تقتصر على هذا الكتاب حيث كتب في مواضيع عديدة أهمها: الصداع النصفي، والمرضى غير القابلين للشفاء، ومرض كورساكوف.

*** الرواية النفسية العربية**

قد لا يمكننا الكلام على رواية نفسية عربية، ولكن ذلك لا يعني أبداً غياب المعرفة النفسية والمعايشة الإنسانية من رواياتنا. وفيمايلي نورد اختصاراً بعض الأمثلة:

(أ) **أهل الكهف** [توفيق الحكيم]، وهي تلامس كتاب ساكس في نقاط عديدة.

(ب) **زقاق المدق** [نجيب محفوظ]، وقد سبق أن ذكرنا أننا، عندما نراجع شخصية «صاحب الوكالة» نجد أن نمطه السلوكي هو من النوع (أ)، وهو النمط المعرض للإصابة بالذبحة القلبية[1]. حتى إن دقة الوصف السلوكي تجعلنا نجزم دون أي شك بكون هذه الشخصية واقعية وبأن نجيب محفوظ قد تعامل مع هذه الشخصية عن قرب. فليس من الممكن أن تصل المصادفة إلى حدود الوصف الدقيق لعلائم هذا النمط السلوكي.

(ج) **حديث الصباح والمساء** [نجيب محفوظ]، وفيها سرد متتالٍ للانفعالات والمواقف اللاواعية

(١) **أمراض القلب النفسية**، مرجع مذكور سابقاً.

ولاضطرابات الشخصية. فمن موقف قاسم أمام موت ابن أخته أحمد، إلى الأثر الذي تمارسه بعض الشخصيات حتى بعد موتها، إلى النواحي النفس - اجتماعية التي تخلق بنية هيكلية تحدد اتصالات الناس ببعضهم حتى ولو كانوا أقارب. ولكن الوصف الأدق كان لقاسم عمرو إذ وصف محفوظ اضطراب شخصيته الناجم عن إصابته بالصرع الخفيف. ومن مظاهر هذا الاضطراب تحوله نحو الإفادة من الغموض المرافق لهذا الاضطراب. وتبقى في هذه الرواية مميزات أهمها طريقة العرض التي استخدمها المؤلف، إذ قام بتعريفنا إلى كل شخصية على حدة. وفي سياق هذا التعريف كان يطلعنا على علاقة هذه الشخصية بباقي شخصيات الرواية. ولدى مراجعتنا لهذه التعريفات نرى أن محفوظ يتبع للمرة الأولى منهجية نفسية حقيقية في روايته. فيذكر لنا الأحداث المؤثرة في بنية الشخصيات التي يُعرّفنا إليها. فقد صُدم قاسم بوفاة ابن مطرية (أحمد) صدمة أثّرت على كامل شخصيته، وكذلك أثّر الصرع على شخصيته. وكانت لكل شخصية نقاط تثبيتها وصدماتها التي عرضها الكاتب ليدعم رسمه لها.

*** الاقتباسات العربية**

غالباً ما تكون هذه الاقتباسات على شكل سيناريو لبعض الأفلام العربية. ويتم الاختيار بشكل عشوائي أو تجاري بحيث تؤدي هذه الأفلام دوراً بالغ السلبية له آثار خطرة من شأنها أن تدعم العوامل التي تشوّه حقائق العلاج النفسي وحقيقة ما يدور في العيادة أو في المستشفى النفسي، بل إن هذا التشويه يطاول أحياناً شخصية المعالج نفسه. وفيما يلي عرض لبعض الوجوه السلبية لهذه الاقتباسات والإعدادات وبعض المسماة تآليف.

١ - **الاقتباس السيّء**: يمارس المعالج النفسي العربي عمله في أجواء خاصة هي الأجواء العربية[١] التي تفرض على المعالج الالتزام بعدد من الشروط، بحيث يجد نفسه عاجزاً عن ممارسة الأساليب التي تعلمها. فمن غياب بعض الآلات والفحوصات والأدوية إلى معاداة العلاج النفسي، يجد المعالج العربي نفسه في وضع جديد يضطره إلى اعتماد تكييفات خاصة لممارسته. فإذا ما أضفنا إلى ذلك كون المدارس الغربية انعكاساً لفلسفات الغرب، المتناقضة مع الأسلوب الحياتي العربي ومع بعض تقاليده، فإننا ندرك أن هذا التغيير النوعي في أسلوب الممارسة ومحتواها هو تغيير عميق.. مما يجعل من غير المنطقي أن ننظر إلى المعالج العربي وفق مقاييس نظرتنا ذاتها إلى المعالج الأجنبي أو حتى إلى المعالج العربي الذي يعمل في بلد أجنبي. ومن أمثلة الاقتباس السيّء تلك الاقتباسات المعادية للطب النفسي [علناً أو ضمناً]. ذلك أن هذه الروايات أو المواقف المعادية لا تمارس أي تأثير سلبي في المجتمع الأميركي حيث خبر الجميع تجربة العلاج النفسي واقتنعوا بفائدتها. وعليه، فإن هذا العداء هو نوع من الترف والرغبة في الأفضل بالنسبة للأميركيين، أما في بلادنا العربية فإن اقتباس هذه المواقف يؤدي إلى ما لا تحمد عقباه.

٢ - **النهايات السيئة**: في أحد الأفلام العربية[٢] تنتهي الرواية بموت البطلة انتحاراً لأن معالجها

---

(١) مقالة «نحو ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس». مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠، ص ٧.

(٢) فيلم «من فضلك أعطني هذا الدواء».

رفض أن يقيم معها علاقة عاطفية. وهذا الفيلم يوحي للمشاهد بأن للعلاج النفسي نتيجةً من اثنتين؛ فإما أن يؤدي إلى قيام علاقة بين المعالج ومريضاته، وإما أنه لا يعطي أية نتيجة فتموت المريضة. وعليه فإننا لا ننتظر أن يتوجّه مشاهدو مثل هذا الفيلم إلى العلاج. . . وهذا مجرد مثال.

٣ ـ **شخصية الطبيب النفسي**: تتراوح هذه الشخصية، في هذه الاقتباسات، بين الأقطاب التالية:

أ ـ الطبيب المعتوه أو المغفل.
ب ـ الطبيب الذي يستغل المهنة لأسباب سياسية أو مادية أو غيرها.
ج ـ الطبيب الذي يعامل مرضاه وكأنهم آلات.
د ـ الطبيب الذي يحاول أن يسيطر على مرضاه.
هـ ـ الطبيب/ النجم الاجتماعي.

والواقع أن هذه الشخصيات، الموجودة في الأفلام العربية والأجنبية على حدٍ سواء، ليست سوى انعكاس لآراء المرضى في أطبائهم [حتى بعد الزيارة الأولى]. وهذه الآراء تتضخم إما بحكم المرض وإما بحكم الجروح النرجسية. والواقع كذلك أن الرواية [خاصة المنتجة سينمائياً] تتغلغل إلى حدٍ بعيد في لاوعي الجمهور الذي يتحول مع الوقت إلى مؤمن بها وكأنها من المسلمات. ومما يزيد الأمور تعقيداً أن المشاهد العربي بات مطّلعاً على الأفلام الأجنبية ومتأثراً بها على نحو كبير. وهي، كما رأينا، لا تمارس تأثيراً خطراً على المشاهد الأجنبي في حين أنها بالغة الضرر بالمشاهد العربي. وتحصيناً لهذا المشاهد فقد آن الأوان لإنتاج الأفلام التي تظهر الأمور على حقيقتها دون تعريضها للتشويه.

٤ ـ **اقتباسات صحافية**: تقتبس صحافتنا عدداً من الأنباء والمواقف والمقالات مع بعض التحوير. ومن هذه الاقتباسات ما يتعلق بعلم النفس، فنرى في صفحاتها أمثالاً متكررة لمساوىء الاقتباس الذي لا يراعي الواقع. ومن المؤسف أن بعض هذه الاقتباسات بات يكوّن الخلفية النفسية الثقافية لعدد لا بأس به من المثقفين العرب [ومن ضمنهم الروائيون وكتّاب القصص]. وهنا نكرر التالي:

ـ يمكن للمجتمع الأميركي، الذي يقود أبحاث الطب النفسي في العالم، أن يتقبل فكرة معاداة الطب النفسي. إلى حدّ أن هذه المعاداة قد تبدو على جانب من الموضوعية في الظروف الأميركية. ولكن ظروفنا العربية لا تسمح لنا بقبول فكرة معاداة فرع نحن بأمسّ الحاجة إليه وخاصة عندما نقرأ فقط عن معاداة الطب دون أن تتاح لنا فرص الاطلاع على إنجازاته.

ـ من المبرر أن يستنفر الأوروبيون أمام واقعة استهلاك مجتمعاتهم لملايين بل عشرات الملايين من وصفات العقاقير المهدئة، وهم يحاولون الحد من هذه الظاهرة سواء عن طريق إعادة النظر في جهاز القيم لديهم أو عن طريق محاولة الحد من الضغوطات النفسية الناجمة عن المجتمع الصناعي أو عن طريق المقالات التي تحذر من المبالغة في استخدام المهدئات دون إشراف الطبيب. ثم نأتي نحن لنترجم إحدى هذه المقالات ولنعتبرها مرجعنا الأول والأخير في الميدان. ونعرض الآن لإحدى هذه الترجمات الخطرة كما وردت بنصها الحرفي (انظر نص المقال على الصفحة التالية).

لقد اختفت المنومات من الصيدليات. أطباء النفس اليوم يعلمون أن القلق في الواقع هو مصدر الانهيار العصبي وقد أوجدوا طريقة لمعالجة المدمنين من أصحاب الاضطراب العصبي.

ترى أحدهم منهكاً بآلاف الهموم التي تصادفه في حياته اليومية، ودائماً في جيبه أو على مكتبه زجاجة صغيرة تحوي حبوباً مهدئة، وعند أول هزة عصبية تراه يبتلعها، ثم يعود بعد هدوئه إلى ممارسة حياته اليومية بشكل عادي.

لقد نجحت مهدئات الأعصاب بشكل فعّال. الفرنسيون يستهلكون المسكنات أربع مرات أكثر من باقي سكان الدول الصناعية، وبينهم نسبة كبيرة من النساء المعزولات، الأشخاص المسنين وكل الذين يعانون من أوجاع مؤلمة.

والسؤال: هل يصبح الفرنسيون تحت تأثير الضغط والإرهاق الأكثر إدماناً على تناول المهدئات بين سائر الشعوب؟

الشيء الوحيد الممكن استنتاجه هو أنه في البلدان الفرانكوفونية عموماً، وفي بلجيكا وسويسرا وكندا يبتاعون كثيراً المهدئات، الكيبيك مثلاً التي تؤلف ثلث الشعب الكندي تستهلك فقط نصف الأدوية المسكّنة المباعة كل سنة في هذا البلد.

في فرنسا أصبح استعمال المهدىء من «الموضة»، وفي عملية إحصاء لآلاف العمال في أحد المصانع، ظهر أن ١٨٪ يأخذون مرة على الأقل الـ Benzodiazépines وهو من المسكنات الأكثر انتشاراً في الأشهر الثلاثة الماضية.

وقد شمل الإحصاء الفئات الشابة بين سن العشرين والخمسين ومن هم بصحة جيدة. إن ١٨,٠٪ يعتبر رقماً كبيراً، علماً أن الكثير من الناس يأخذون الحبوب المهدئة، إما في المساء للنوم أو في النهار.

لماذا هذه الكثافة في الاستعمال؟

البعض يشعرون بالقلق وبالإرهاق النفسي أو يعانون من ارتفاع في الضغط. لقد جرت الأبحاث حول العلاقة بين استعمال المهدئات وظروف العمل الشخصية.

وأمام النتائج المذهلة والمتصاعدة أبدى وزير الصحة الفرنسي بعد جلسة لمجلس الوزراء دهشته حيال هذه النسبة المرتفعة، فقدم مشروع قانون يقضي بحصر بيع المسكنات والطلب إلى الأطباء تحديد الوقت لتناول هذا العلاج.

لماذا هذا التضييق من قبل الوزير ومن قبل الصحافة، ولماذا التركيز على سوء استعمال المسكنات... لماذا هذا العقاب الظالم ضد هذا النوع من الأدوية التي تلبي الحاجة، وهل يستطيع أحد التخلص من المهدئات؟؟؟.

العلاج الوحيد للكآبة

قبل ظهور الـ Benzodiazépines في الستينات كان الدواء المنوم هو العلاج الوحيد للكآبة. الأطباء كان عليهم دائماً معالجة مآسي مرضاهم خصوصاً عندما تتخطى درجة الكآبة، وتدخل في الحياة الفردية الاجتماعية وتصبح دون مفعول سواء على الصعيد الجسدي كالأرق وبعض الاضطرابات القلبية، الإحساس بالاختناق وغيره، أو على الصعيد الأخلاقي، خوف مرعب، قلق، مرض نفسي.

وكان لا بد من الانتظار عدة سنوات لاكتشاف أن هذه الأدوية المهدئة تبرز عدة محاذير، اضطرابات عقلية قد تؤدي إلى الجنون لأن تناولها في البدء يكون بسبب تخطي أزمة مستعصية وصعبة وتصبح فيما بعد من قبيل الإدمان ولا يمكن التخلي عنها فيكون الأرق والكآبة سيديّ الموقف.

ومهما يكن فهناك شروط بديهية لاستعمال المسكّن كتحديد الوقت المعين لاستعماله ومن ثم تعين الكميات اللازمة.

وعلى الطبيب المعالج عند وصفه المسكّنات لمريضه لفترة طويلة أن يشرح له النتائج التي يلمسها كالأرق والكآبة. ونرى مرضى الأعصاب يساعدون من هم في وضعهم العصبي والنفسي دون أي إرشادات طبية دقيقة.

وأمام الكآبة نعطي إحساساً بالقلق النفسي المتواصل وبأرق معبر عن ثورة في النفس وبانهيار عصبي سلبي ينصح أطباء النفس باستعمال وسائل أخرى غير المسكنات.

أحد الأطباء يقول: «عندما تبدأ حالة الكآبة الأكثر انتشاراً خصوصاً في حالة الانهيار العصبي يجب محاولة التقريب بين أسبابها ونتائجها.

وعليه فإن حالة القلق ليست إلا سبباً لانهيار الأعصاب بطريقة أو بأخرى ومعالجة حالة الانهيار بأدوية مضادة لها تؤدي إلى اختفاء حالة القلق والكآبة وعندما تكون الكآبة هي السبب الأول لاضطرابات فعلية يجب البدء بمعالجتها.

كل هذه المعالجات بالمهدئات تحارب الحالات التالية: الحزن والانكفاء والاضطراب العقلي.

لكن متى لا يؤدي القلق إلى درجة الانهيار العصبي؟

لم تكن مقبولة طريقة «السمع المركز» من بعض الأخصائيين والتي تؤدي في بعض الأحيان إلى إزالة الحزن عن وضع ما. أما اليوم فهناك تقنيات حديثة ظهرت وتساعد على تفادي حالة الانهيار. فتشخيص حالة المريض وتصرفاته تعطي نتائج ايجابية وتؤدي إلى التخفيف من الاضطرابات وتكون فعالة في الأمراض العصبية من كل الأنواع وغيرها من المعالجات التي تركز على الوضع العقلي والتي تساعد بالسيطرة على المريض المتشنج الأعصاب.

وبالمطلق إذا كانت المهدئات مناسبة لبعض الحالات فهي لا تعطي أي فعالية بالنسبة لحالات عصبية متدهورة، ومهما يكن من أمر يجب على الجميع أن ينتفض ويرمي المسكنات في سلة المهملات.

في اليابان العلاج الوحيد ضد الكآبة هو الكحول، الويسكي والبيرة وخصوصاً في السهرات المسائية وبعد يوم طويل يقضيه الياباني في المصنع. ٥٠٠ ألف ياباني فقط يتناولون المهدئات كي يتمكنوا من متابعة أعمالهم اليومية في المصانع، والبعض الآخر يستشير بصورة دورية الطبيب النفسي الموجود في مركز العمل.

مئات الآلاف من علب المهدئات تباع سنوياً في فرنسا وهي تتخطى في هذا المجال الولايات المتحدة وألمانيا أو أي بلد صناعي آخر. لكن البعض يبرر ذلك بأن الفرنسيين هم الأكثر استهلاكاً لمعظم أنواع الأدوية في العالم.

من الملاحظات التي نسجلها على مثال هذا المقال/ العينة نذكر التالية:

١ - إنه مترجم عن مجلة شعبية يمكنها اعتماد مبدأ التهويل والترهيب.

٢ - إن كاتبه غير اختصاصي، وكذلك مترجمه.

٣ - إن المنومات لم تختف من الصيدليات بل إننا لا نزال نشهد ظهور أصناف جديدة منها.

٤ - إن أحداً لا يعلم بأن القلق هو مصدر الانهيار العصبي. فالانهيار العصبي يمكنه أن يعود إلى جملة من الأسباب التي لا علاقة لها البتة بالقلق، وإن كان القلق يرافق الانهيار في الغالب ولكن دون أن يكون مسببه.

٥ - يتساءل الكاتب لماذا هذا التركيز على سوء الاستعمال؟ وتأتي الترجمة بالجملة مبتورةً! إن المقصود بإساءة استعمال المواد هو استعمالها دون استشارة طبيب وبكميات تتجاوز تلك التي ينصح بها الأطباء لمدد طويلة. وهكذا، فإن هذا التركيز ليس بالجديد وهو لا يتعلق فقط بالأدوية النفسية ولكنه يتخطاها إلى جميع الأدوية حيث يجب الالتزام بحدود الجرع التي يحددها الطبيب، حيث يمنع استخدام الأدوية عشوائياً وبدون وصفة طبية.

٦ ـ يقول الكاتب: «قبل ظهور البنزوديازيبين في الستينات كان الدواء المنوم هو العلاج الوحيد للكآبة... إلخ». وهذا الكلام غير صحيح، فمضادات الانهيار والمهدئات العظمى الفاعلة في علاج الانهيار كانت معروفة في الخمسينات وكانت مستخدمة في علاج الكآبة».

٧ ـ نلفت النظر إلى أن البنزوديازيبين هي من فصيلة المهدئات مضادة للقلق وليست مضادة للانهيار.

٨ ـ يقول الكاتب إن المهدئات تؤدي إلى الجنون! فهل يقصد المخدرات؟ نحن نوافقه بتحفظ إذا قصد هذا، أما إذا كان قصده أن المهدئات البسيطة يمكنها أن تؤدي إلى الجنون فنؤكد له عدم صحة معلوماته وضرورة تنبيهه إلى خطورة ادعاءاته.

٩ ـ يقول الكاتب: «على المعالج أن يشرح للمريض النتائج التي يلمسها كالأرق والكآبة... إلخ»، مع أنه يقول في مقدمة المقال إن هذه المهدئات هي علاج الكآبة. ونحن هنا لا نعرف ما إذا كان الخطأ من الكاتب أو المترجم. ولكن على أية حال فإن علائم الاضطراب إنما تظهر لدى إيقاف استعمال هذه المهدئات دون إشراف طبي.

١٠ ـ يقول الكاتب: «ومهما يكن من أمر، يجب على الجميع أن ينتفض ويرمي المسكنات في سلة المهملات... إلخ». وهنا نقول بأنه لو كان ثورياً إلى هذا الحد فلماذا لا يدعو إلى إغلاق شركات الأدوية المنتجة لهذه الأصناف وإلى إلغاء اختصاص الطب النفسي وإصدار قانون يمنع من التوجه إلى العيادات النفسية.. فبذلك يتمكن من حل المسألة بشكلٍ جذري!!

وإذا كان زملاؤنا الفرنسيون يتغاضون عن مثل هذه المقالات استناداً إلى ثقافة الفرنسي التي تجعله صعب الانقياد للتضليل واستناداً إلى خبرة هذا الإنسان وتجربته في العيادة النفسية.. وإذا كان هؤلاء الزملاء يرون في هذا المقال ترهيباً [وإن يكن كاذباً] فمن شأنه أن يحد من إساءة استعمال المواد في مجتمعهم، فإننا لا نستطيع أن نقبل بمثل هذه الترجمات الرديئة لمقالات بمثل هذه الخطورة بالنسبة لمجتمعنا. فحبذا لو يعلم هذا المترجم كم من الأفراد يستقي ثقافته من الصحافة اليومية وهو يقدس الكلمة المكتوبة. وحبذا لو يعلم كم من الصعوبات والعوائق تنتج عن مثل هذه الترجمات. فإذا كان هدف العلاج النفسي الوصول بالفرد إلى المستوى الأفضل لسعادته ولكي ينفع مجتمعه، فإن إعاقة هذا العلاج بنشر مثل هذه الإشاعات (التي ربما تكون نافعة في مجتمعات أخرى) لهي مسؤولية كبيرة، وبخاصة عندما تقترن بسوء الثقافة وسوء الترجمة وانعدام القدرة على الاستيعاب.

* الوجه الاجتماعي للمرض:

ثمة وجه آخر من الوجوه التي يهملها أدباؤنا وكتّابنا الثقافيون، ونقصد به موقف مجتمعنا من هذه الأمراض، وهو موقف متمايز تبعاً لنوع المرض، بحيث نلاحظ إلصاق صفة الجنون بمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية التي لا علاقة لها بالجنون، في حين ينجو مجنون البارانويا من وصمه بالجنون كما ينجو معه مريض الفُصام العظامي والسلوك التشردي الفُصامي. بل إن مجتمعنا يحيط بعض هؤلاء المرضى أحياناً بهالة من الغموض والماورائية. وهنا أجد من الضروري العودة إلى مؤلفات نجيب محفوظ وإشاراته المتكررة إلى هذه الحالات وموقف المجتمع منها؛ ففي روايته **حديث الصباح والمساء**، يتطرق

محفوظ إلى كيفية إحاطة قاسم عمرو عزيز بهالة من الغموض والتصوف نتيجة لمواقفه [الناجمة أساساً عن إصابته بمرض الصرع] الغامضة والمبهمة. بل إن محفوظ يصف لنا قدرة هذا المريض على استغلال هذه الوضعية استغلالاً مادياً جعله من المحظوظين مادياً في محيطه العائلي. وتتكرر هذه الإشارات في مؤلفات محفوظ فيعكس بعضها شخصية «مجنون الحي» وبعضهـا التفسيرات الشعبية لأسباب جنـون بعض الشخصيات. ولكن هذه الإشارات بقيت ذات مستوى سطحي في تحليلها لهذه الشخصيات. كما يهمنا في هذا المجال مناقشة محاولة مميزة لمحفوظ، عنينا بها همس الجنون، حيث يوجّه إدانة خفية إلى المجتمع وإلى بنيته.. وهو يطرح إشكالية الجنون بقالب يشبه إلى حدٍ بعيد قالب المدرسة المعادية للطب النفسي. كما أنها تقترب في بعض جوانبها من وجهات نظر الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو. وبالرغم من عدم موافقتنا على هذه الطروحات فإننا نسجل سبقاً لمحفوظ وهو تحويره لصورة المجنون من إنسان مرعب مخيف وخطر إلى إنسان ذي خلفية صالحة وفكر قويم وضحية من ضحايا الفساد الاجتماعي. على أن هذا التحوير أصبح اليوم مدعماً بعدد من الروايات والقصص والأفلام والمقالات والكتب التي باتت تتناول هذا الموضوع بطريقة أقـرب إلى الواقـع والحقيقة، وإن كـانت تحمل في طيـاتها العـديد من المغالطات بالنسبة لبقية الحقائق المتعلقة بالعيادة والممارسة النفسية كما أشرنا أعلاه. ولكن ما هي الحلول التي يمكن اقتراحها أمام هذه الوقائع والمغالطات؟ إنها ليست بالسهلة وهي تقتضي مشـاريع ثقـافية موسعة سنحاول عرضها في الفقرة التالية:

*** الاقتراحات والحلول**

تلقى مسؤولية هذا الوضع على عاتق الثقافة العربية ككل. ومن هنا فإن مجمل الحلول التي يمكن اقتراحها تبقى ناقصة ما لم تتكامل في مشروع ثقافي - عربي. فالمشاكل المعروضة في هذا الفصل لها معادلاتها في الميادين الأخرى. ويكفينا هنا الإشارة إلى أننا نختار من الكتب العلمية ما يلائم نزعاتنا، ومن أمثلة ذلك ترجمة كتاب ليس في جيناتنا[١] التي أتت بعد سنوات طوال على صدوره بالانجليزية ظهر خلالها من البراهين العلمية ما يدحض العديد من طروحات الكتاب وما يكفي للتأكيد على أثر الجينات وأهميتها. مما يعني أنه «في جيناتنا» وليس «ليس في جيناتنا». والمثقف العربي اليوم يقرأ هذا الكتاب على أنه الحقيقة [أو حتى الحقائق] العلمية المطلقة. وفيما يلي نعرض تباعاً للاقتراحات التي نراها مناسبة لتخطي هذا الواقع ونبدأ بـ:

١ - ضرورة قيام المدرسة العربية لعلم النفس والطب النفسي[٢].

٢ - تشجيع تيار النقد النفسي في الأدب العربي.

٣ - استقاء الأمور من مصادرها. وهنا نذكر بأن فلوبير كتب رائعته مدام بوفاري انطلاقاً من قراءته لنبأ انتحارها في إحدى الصحف، فانطلق يدرس الحالة ويعاين الأمكنة حتى توصل إلى إخراج هذه التحفة التي خلّدته.

٤ - ضرورة تدعيم المكتبة العربية وسد ثغراتها.

---

(١) ترجمة سلسلة عالم المعرفة، عنوانه الأصلي هو«Not in our Genes».

(٢) راجع مقالة «نحو ضرورة قيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفسي» المذكورة سابقاً.

٥ ـ ضرورة العمل على إخراج التراث النفسي العربي إلى النور؛ فهذا التراث إنما يحمل في طياته عناصر لاوعينا الجماعي وهويتنا النفسية التي نكاد نفقدها في بحر المشاكل المشار إليها أعلاه.

٦ ـ العمل على إصدار «سلسلة الرواية النفسية» التي تعمل على ترجمة الروايات النفسية الأجنبية والتعليق عليها بشكل يسمح للقارىء أن يفيد منها ولكن دون أن يقع في حبائل النقل العشوائي ومساوئه.

الفصل السادس

واقع الطب النفسي في العالم العربي

١ ـ لمحة عن أوضاع الاختصاص في العالم العربي:

ضيق المجال سيدفعنا إلى عرض حقائق هذه الأوضاع بصورها الطبيعية القبيحة لأن تجميل هذه الصور يقتضي إطالة لا داعي ولا مجال لها في هذا المقام. ونترك هذا القبيح ليتوالى ويتجلى في الصور التالية:

ـ كان عدد الأطباء العرب المشاركين في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي(*) ثلاثين طبيباً من أصل سبعة آلاف مشارك في هذا المؤتمر. كما أن هذه النسبة انخفضت في المؤتمر التاسع(**).

ـ لا يتعدى عدد الأطباء النفسيين العرب الخمسمائة طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل أربعمائة ألف نسمة.

ـ لم يتمكن اتحاد الأطباء النفسيين العرب من جمع أكثر من ١٢٠ طبيباً.

ـ لقد عجز الطب النفسي العربي لغاية اليوم عن تقديم أي مساهمة علمية تصل إلى مستوى السبق العلمي في هذا الميدان.

ـ تعجز جامعاتنا عن إنتاج الأعداد اللازمة من اختصاصيي الطب النفسي.

ـ إن الأسرّة المتوافرة في مصحّاتنا لا تفي بأكثر من ٥٪ من الحاجات الفعلية.

ـ تمتاز العلاقة بين الاختصاصيين العرب بتوترها على أكثر من صعيد، الأمر الذي يبعثر جهودهم في خلافات فرعية أسبابها هي التالية: ١ ـ الصراع بين الممارسين والمدرّسين، ٢ ـ التنافس بين الممارسين، ٣ ـ التنافس بين اختصاصيي البلد الواحد، ٤ ـ التنافس بين اختصاصيي البلدان العربية المختلفة، ٥ ـ النزاع للسيطرة على الجمعيات والمؤسسات القائمة، ٦ ـ الصراع بين الأطباء النفسيين وبين المتخصصين في علم النفس.. إلخ من الصراعات.

ـ عجز الأطباء النفسيين العرب عن تعديل تصنيفات الطب النفسي بما يتلاءم مع الواقع البيئي ـ الثقافي العربي، مما يستتبع العجز عن إنتاج دليل عربي للاضطرابات النفسية.

(*) عُقد في أثينا عام ١٩٨٩.

(**) عُقد في البرازيل عام ١٩٩٤.

ـ ضحالة المؤلفات العربية في هذا الميدان بحيث تصبّ كلها في خانة الكتابات التعليمية. أما البحوث العلمية النادرة فهي في غالبيتها تُنشر باللغات الأجنبية ولا تجد لها متنفساً للنشر باللغة العربية.

ـ الميل إلى النجومية المتبدي لدى بعض الاختصاصيين العرب وكأنه تعويض لقصورهم في الإنتاج العلمي الجاد.

هذا بعضٌ من كلٍ من واقع أوضاع الاختصاص في العالم العربي التي تقتضي مناقشة صريحة للتعرف إلى خلفياتها وإلى الأسباب المؤدية إليها، والتي قد يتفق الكثيرون من الأطباء النفسيين معي حولها. لكنهم قد يختلفون معي على أسلوب العرض وعلى جرعة الصراحة المصاحبة له. لذلك أوضح منذ البداية أن الملاحظات والآراء التي أسوقها في هذا الفصل إنما تُعبّر عن رأي وتجربة شخصيين وهي لا تُعبّر بالضرورة عن رأي كل الزملاء أو حتى عن رأي مجموعة منهم.

بعد هذا التوضيح أنتقل إلى عرض معوّقات تطوّر الطب النفسي العربي.

٢ ـ معوّقات تطور الطب النفسي العربي:

هنا أيضاً نشهد توالي الصور القبيحة والتي قد يدفعنا الخجل إلى تجميلها. من هذه الصور:

أ ـ انعدام التعاون العلمي العربي: يتوزع الأطباء النفسيون العرب على الدول العربية على النحو التالي: سوريا ٣٨ طبيباً[١]، لبنان ٢٠ طبيباً[٢]، الأردن ١٠ أطباء[٣]... إلخ، بمعنى أن إجمالي عدد الأطباء العاملين في بعض الدول العربية لا يتعدى عدد الأطباء العاملين في مصحّة أجنبية واحدة. هذا الواقع يُفسِّر نقاطاً عديدة من سوء أوضاع الاختصاص في بلادنا. ولا يُمكننا تجاوزه إلا من خلال تعاون علمي عربي جامع يعمل على تكامل جهود الأطباء النفسيين العرب. فإذا قُسنا الأمور بنتائجها أمكننا الحكم بانعدام وجود مثل هذا التعاون حتى في حدوده الدنيا. فقد عجزت المؤسسات الجامعة عن إصدار دليل الأطباء النفسيين العرب، الذي قد يتيح مجرد التعرّف إلى أسماء وعناوين هؤلاء الأطباء. هنا أود أن أسرد تجربة مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية الذي أصدر هذا الدليل مضمّناً إياه حوالى الـ ٦٠٪ من العدد الفعلي للأطباء النفسيين العرب. فقد وجّه المركز الرسائل إلى نقابات الأطباء وإلى وزارات الصحة وإلى المستشفيات والمعاهد الجامعية العربية المعروفة في هذا الميدان. لكنه لم يتلقَ رداً واحداً من مختلف هذه الجهات. لذلك لجأت إدارة المركز إلى الاستعانة بأعضائه، وبأسرة تحرير مجلته من العرب للحصول على هذه المعلومات. حيث تحمّس لهذا المشروع بشكل خاص الدكاترة: أنور الجراية (تونس)، وأسامة الراضي (السعودية)، وجمال أبو العزايم (مصر)، والاختصاصي النفسي سامر رضوان (سوريا). فكان **الدليل النفسي العربي**[٤] الذي يضم

---

(١) وفق إحصاءات وزارة الصحة السورية للعام ١٩٩٣ ـ انظر محمد حمدي حجار: «نحو طب نفسي عربي» ـ مؤتمر مدخل إلى علم نفس عربي، طرابلس ـ لبنان، ١٩٩٤.

(٢) وفق «دليل الأطباء النفسيين العرب» المنشور في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١١، تموز/ يوليو ١٩٩٢.

(٣) المصدر نفسه.

(٤) الدليل النفسي العربي ـ منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية، ١٩٩٤.

أسماء ٣٠٠ من أصل ٥٠٠ طبيب نفسي عربي. هذا على صعيد الأسماء فما بالكم بالنسبة للتعاون الفعلي؟!

ب ـ **الصراع مع الاختصاصيين النفسيين**: إن طلبات العلاج الطبنفسي تفوق كثيراً قُدرات الأطباء على الوفاء بهذه الطلبات. من هنا كانت العيادة هي التوجّه الرئيسي لهؤلاء الأطباء، مع إدراكهم التامّ للمعونة التي يُمكن أن يقدمها لهم زملاؤهم من اختصاصيي علم النفس العيادي. فالطبيب النفسي يُدرك إدراكاً تاماً عدداً من المسلمات العلمية في هذا المجال ومنها:

ـ إن الاختبار النفسي هو أداة تشخيصية هامة، وهي قادرة على إنارة الجوانب الخفية للحالة التي قد تبقى مستترة أمام الفحص الطبنفسي السريع نسبياً.

ـ إن العلاج الدوائي هو العلاج الوحيد المتوافر للحالات الذهانية. لكن تضافر هذا العلاج مع العلاج النفسي من شأنه أن يحسّن النتائج العلاجية ويدعّمها.

ـ إن العلاج النفسي له أهمية موازية أو حتى متفوقة على أهمية العلاج الدوائي في الحالات العصابية.

ـ إن العلاج النفسي من شأنه أن يمتص نقمة المريض على طبيبه المعالج، كما يُمكنه أن يدعم التزام المريض بالتعليمات الطبية وبتناول الأدوية، مما يوفر جهوداً مضنية على الطبيب ويدعم نتائج العلاج.

إن جميع الأطباء يقرّون هذه الحقائق ويعترفون بها، ومع ذلك نراهم يفضّلون العمل دون مساعدة زملائهم من الاختصاصيين العياديين، مما يدفع بهؤلاء إلى قيادة تيار معادٍ للطب النفسي وخصوصاً للعلاج الدوائي ـ النفسي. وهم يمارسون هذه المعارضة تدريساً وكتابةً وصحافةً وإعلاماً. في المقابل، فإن الطلب الزائد على العلاج الطبنفسي يدفع بالأطباء إلى تجاهل هذه المعارضة تجاهلاً تاماً. وهذ السلبية ليست صحية أو مفيدة لا للاختصاص ولا للمريض. لعلني هنا أول طبيب عربي يحاول توضيح معالم هذا الصراع. فأنا أرى أن العيادة هي المكان الطبيعي للاختصاصي النفسي العيادي.

وبما أن غالبية البلدان العربية لم تحدد المواصفات القانونية للمعالج النفسي، فإنه ليس من حق أطباء هذا البلد أو ذاك أن يضعوا مثل هذه القوانين. لكن من حقنا كأطباء أولاً وكأطباء نفسيين ثانياً أن نطالب بحماية مريضنا من مجموعة من المآزق والأخطار. فبدون هذه الحماية لا يمكننا أن نورط مرضانا أو أن نساهم في توريطهم. فإذا أراد القارىء أمثلةً على تلك المآزق والمخاطر فإننا نعطيه الأمثلة التالية من واقع ممارستنا العيادية:

□ إن لقب طبيب نفسي يستوجب أن يكون حامله طبيباً درس الطب وتخصص في الطب النفسي في كلية طب معترف بها وحصل على إذن بممارسة الطب في البلد الذي يعمل فيه. وعليه فإن كل من ينتحل صفة طبيب نفسي دون أن يستوفي هذه الشروط يكون قد ارتكب فعلاً مضللاً للمريض ولأهله. وهذا الانتحال يجب أن تتم محاكمته وملاحقته قانونياً.

□ عشرات الحالات لأطفال مصابين بقصور إفراز الغدة الدرقية يتمّ علاجها بالطرق النفسية لسنوات طويلة حتى يتحول هؤلاء من مرضى عضويين (يحتاجون لعلاج هورموني) إلى متخلفين عقليين

مدى الحياة. ألا تُعتبر مثل هذه الممارسة جرمية؟ ألا تستحق العقاب والمنع القسري عن الممارسة؟ ثم كيف يمكن للطبيب النفسي قبول مبدأ التعامل مع معالج نفسي إذا كان القانون لا يلاحق ولا يُحدد ممارسة/ مسؤولية أصحاب مثل هذه الأخطاء العلاجية؟ مع الإشارة إلى أن الأمر لا يقتصر على قصور الغدة الدرقية بل يتعداها إلى قائمة طويلة من الأمراض[1] (الاضطرابات الأيضية والأورام الدماغية والأمراض العصبية. . . إلخ).

□ ما هو موقف القانون من معالج نفسي يتطرف في معاداته للعلاج الدوائي وصولاً إلى تبنّيه علاج ذهانيين (فصاميين خاصة) علاجاً نفسياً مع الإصرار على منع المريض من تناول أدويته المضادة للذهان؟!. بسبب هؤلاء رأينا حالات لمرضى ينتحرون وآخرين يرتكبون جرائم قتل الأهل، وغيرهم يسجّلون أشكالاً مختلفة من الخروج على القانون. . . إلخ. فمن هو المسؤول في هذه الحالات ومن يحاكمه؟

من خلال هذه الأمثلة القليلة يتبين لنا أن المسألة ليست خلافاً بين المدارس، لكنه الاختلاف بين مجموعة مضبوطة الممارسة تلتزم قَسَمها الطبي وتتحمل مسؤوليات ممارستها وبين مجموعة أخرى قد تضمّ عناصر بالغة الالتزام والفعالية ولكنها مغبونة بسبب عدم وجود قوانين ضابطة ومعايير تسمح بالتفريق بينهـا وبين مدّعين لا يملك الأطباء سوى تجاهلهم إذا كانت القوانين لا تحاكمهم، فتكون النتيجة أزمة ثقة عميقة بين الأطباء والمعالجين النفسيين وبين هؤلاء وبين المرضى وأهاليهم من جهة أخرى.

ج ـ **قصور البنى التحتية**: يتفاوت نقص خدمات الطب النفسي من بلد عربي إلى آخر، لكن هذا النقص يعمّها جميعها. ففي لبنان نلاحظ عدم وجود سرير واحد في محافظتي الشمال والبقاع مع أنهما تضمان حوالى نصف سكان لبنان. في حين أن إجمالي عدد الأسرّة في المشافي اللبنانية لا يتعدى المائة. وهنالك طبيب نفسي واحد لكل مئة وخمسين ألف نسمة. أما في سوريا فإن لكل مائتين وعشرة آلاف نسمة طبيباً نفسياً واحداً، وقسْ عليه.

ومن الطبيعي أن يستتبع نقص الخبرات والخدمات هذا نواقص عديدة أخرى، منها ما نلاحظه من غياب اختصاص الطب النفسي في غالبية كليات الطب والتمريض في عالمنا العربي. فإذا كانت كليات الطب المصرية أسبق الكليات العربية إلى تخريج أطباء نفسيين، فإن مستشفياتها لا تستطيع أن تؤمّن التدريب الملائم لمتدربيها[2]. أما الكلية التابعة لجامعة الملك سعود فإنها تخرّج سنوياً عدداً لا يتجاوز أصابع اليد الواحدة، ومثلها الكلية اللبنانية. هذا في حين يغيب الاختصـاص عن برامـج جامعات بلدان عربية عديدة.

د ـ **ثغرات الوعي الصحي ـ النفسي**: يُعاني الوعي الصحي العربي حالةً من التشوش والخلط يساهم خلاف المتخصصين في تعميقها، خصوصاً على الصعيد الصحي ـ النفسي حيث يصرّ بعض الاختصاصيين النفسيين على اعتماد نظريات علاجية تتحدى اللاوعي العربي الجماعي، ويخوض بعضهم

---

(١) محمد أحمد النابلسي: «الأسس الإحيائية للسلوك»، ملف العدد ١٣، مجلة الثقافة النفسية، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٣.

(٢) أحمد جمال أبو العزايم: «ندوة الثقافة النفسية في القاهرة»، الثقافة النفسية، العدد ١٨، نيسان/ ابريل ١٩٩٤.

الآخر حملات دعاية مضادة للعلاج الدوائي يدعمهم في ذلك المعالجون التقليديون. عن هذا الواقع تنجم مجموعة من المواقف وردود الفعل لدى جمهورنا ومنها:

ـ يعتمد المريض على إحساسه وحدسه في تحديد العيادة الاختصاصية التي يتوجه إليها. فإذا أحسّ ألماً في بطنه توجه إلى اختصاصي في الجهاز الهضمي رافضاً مبدأ طبيب العائلة أو الأمراض الداخلية. وهو يحسّ بالإهانة إذا ما قيل له إن اضطرابه ليس عضوياً بل وظيفياً وبالتفصيل أكثر إنه «تعصيب». لذلك فإن هذه الاضطرابات تصل إلى عيادة الطب النفسي متأخرة بضع سنوات.

ـ إن ميل الإنسان العربي إلى الماورائيات وارتباط بعض ممارسات العلاج التقليدي بالدين، يؤديان إلى طلب هذا العلاج وقبوله بديلاً للعلاج الطبي. حتى إن غالبية الحالات تعرض على المعالج التقليدي قبل عرضها على الطبيب النفسي.

ـ يميل المريض العربي إلى رفض العلاج الدوائي لجملة أسباب، في طليعتها دفاعاته أمام الاضطراب النفسي، ومنها الربط ذو الخلفية الدينية بين تأثير هذه الأدوية على الوعي وبين تأثير المحرمات (كحول، مخدرات) عليه.

٣ ـ جهود جامعة مميزة:

في العقد الأخير شهد الاختصاص مجموعة تطورات مقررَة بالنسبة إلى مستقبله، وأهمية هذه الخطوات هي في كونها صادرة عن إدراك شمولي لأزمات الاختصاص ولشروط تطوره. في عرضنا لهذه الجهود نفضّل تبويبها وفق ميادينها فنقول:

أ) **الجهود التعليمية**: وتقسم بدورها إلى عدة فئات:

ـ استحداث برامج جامعية جديدة لتدريب الأطباء النفسيين، وذلك في بلدان عربية عديدة منها السعودية ومصر ولبنان وتونس.

ـ معجمات الطب النفسي: ونخص بالذكر معجم الجيب[١]، والمعجم النفيس[٢]، ومعجم الثقافة النفسية[٣].

ـ وسائل التعليم المستمر وإنْ كانت محدودة.

ب) **الندوات والمؤتمرات**: إضافة إلى المؤتمرات المحلية يشهد العالم العربي عدداً من المؤتمرات التي تعقد على صعيد شامل وهي:

ـ مؤتمر اتحاد الأطباء النفسيين العرب.
ـ مؤتمر مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية.
ـ مؤتمر اضطرابات الشدّة عقب الصدمية ـ الكويت.

---

(١) وليد سرحان ونظام أبو حجلة: **معجم الجيب لمصطلحات الطب النفسي**، عمان، اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

(٢) سليم عمار وأحمد ذياب وأنور الجراية: **المعجم النفيس**، تونس، منشورات جيم، ١٩٩٤.

(٣) مجموعة من الباحثين: «معجم الطب النفسي» (**الثقافة النفسية**، العدد ١١)؛ و«معجم علم النفس» (**الثقافة النفسية**، العدد ١٢)؛ و«معجم التحليل النفسي والبسيكوسوماتيك» (**الثقافة النفسية**، العدد ١٥).

ـ الندوات التي تعدها الجمعيات المحلية للطب النفسي على صعيد عربي.

ج) المجلات المتخصصة: وهي تمتاز عن المحاولات السابقة بقدرتها على الاستمرار وهي:

ـ المجلة العربية للطب النفسي[1] ـ اتحاد الأطباء النفسيين العرب (بالإنجليزية).

ـ المجلة المغاربية للطب النفسي[2] (بالفرنسية).

ـ مجلة الثقافة النفسية[3] ـ مركز الدراسات النفسية (بالعربية).

د) الجمعيات والمراكز[4]: تتنامى الجهود لتحقيق تكامل تجارب وخبرات الأطباء النفسيين العرب. من هذه الجهود:

ـ اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

ـ الجمعية العربية للصحة النفسية.

ـ الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية.

ـ مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية.

٤ ـ الأدوية النفسية العربية:

صناعة هذه الأدوية هي صناعة ناشئة في الدول العربية، وهي في مجملها تحويلية ومرتبطة بالشركات الدوائية الكبرى. وهذه الشركات غالباً ما تشترط عدم تصدير الإنتاج إلى الدول العربية الأخرى. في هذا الميدان تأتي مصر في الطليعة، يليها لبنان فالأردن فاليمن، ثم تأتي السعودية التي دخلت مؤخراً بقوة في حقل صناعة الدواء.

إن هذه الصناعة تعاني جملة مصاعب وأزمات مشتركة بين جميع فروعها العربية، منها:

أ) الإصرار على نقل التقنية مباشرة من دول العالم الأول التي تضع شركاتها شروطاً تُعتبر قاسية بالنسبة إلى ظروف هذه الصناعة العربية الناشئة. فلو أمعنّا النظر لوجدنا أن بلاداً مثل كوريا تنتج غالبية الأدوية النفسية وتملك تقنيات تصنيعها، وهي مستعدة لتقديمها بدون شروط تجارية مجحفة وبأسعار أدنى. بل إنها قادرة على المساعدة في إرساء قواعد عربية لهذه الصناعة[5].

ب) تبدو الصناعة الدوائية العربية كأنها خطوة على طريق استكمال سيطرة الشركات العالمية على أسواقنا. هذه السيطرة التي تمارسها بعض الشركات بصورة تخالف أبسط القواعد الإنسانية؛ إذ يستمر بعضها في تسويق أدوية (غير مسموحة الاستعمال في البلد المنتج) في الدول العربية والدول النامية إجمالاً. أما بعضها الآخر فيستغل فوضى الاختصاص وانعدام تنظيمه، وغياب سياسة دوائية عربية،

---

(١) تصدر بالإنجليزية عن اتحاد الأطباء النفسيين العرب ـ رئيس التحرير د. عدنان التكريتي.

(٢) تصدر عن الجمعية المغاربية للطب النفسي ـ رئيس التحرير: د. إدريس الموساوي.

(٣) تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية ـ رئيس التحرير: د. محمد أحمد النابلسي.

(٤) انظر «دليل الجمعيات النفسية العربية» في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٩، تموز/ يوليو ١٩٩٤.

(٥) محمد أحمد النابلسي: «واقع صناعة الأدوية في العالم العربي» ـ محاضرة في مؤتمر «نحو علم نفس عربي» ـ منشورة في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٠، نيسان/ ابريل ١٩٩٢.

لتسويق أدوية لم تُستكمل التجارب عليها. مثال ذلك تسويق بعض الشركات لأدوية لم يتم بعد تحديد مقدار جرعتها العلاجية، أو لأدوية يبدو أنها تشجع الميول الانتحارية لدى مستعمليها، أو لأدوية أخرى لم يتم بعد تحديد جهة استعمالها، بحيث تغيّر الشركة المنتجة وجهة استعمال الدواء عدة مرات (بمعدل مرة كل سنة)[1].

ج) إن ارتباط المصانع العربية وخضوعها لشروط الشركات العالمية يفقد هذه المصانع الكثير من الأرباح التي يمكن تخصيص جزء منها لتطوير الاختصاص ولدعم الأبحاث العربية في مجاله. هذا الارتباط ينعكس بأشكال عديدة، منها سياسة التسويق التي تُعتبر مهينة: فالشركة تُرسل مندوبها (الذي تابع دورة لبضعة أشهر فحسب حول الدواء الذي يعمل في تسويقه) ليزور الأطباء في عياداتهم ويعطيهم بعض العيّنات الطبية ويشرح لهم مميزات وفوائد دواء يستخدمونه منذ عشر سنوات على الأقل! أو هو يحاول إغراء الطبيب باستخدام دواء لم يتم اختبار آثاره الجانبية بصورة كافية ومطمئنة. بل إن هذه الشركات قد تدعم موقف مسوّقيها بإقامتها لحفلات الكوكتيل وأحياناً مآدب الطعام.

د) إن إحساس، بل وتأكد، الطبيب العربي من واقع كون هذه الصناعات العربية مجرد فروع للشركات الأجنبية يجعله لا يتحمس لها ويعاملها كسائر الشركات لأنه لا يجد أي مبرر للتعاطف معها ولتفضيلها (ولا حتى لجهة السعر الذي يفترض أن يكون أدنى).

هـ) إن أياً من هذه المصانع لم يحاول مجرد محاولة أن ينتج أصنافاً خاصة به. مثال ذلك ما اقترحناه في مؤتمر «نحو علم نفس عربي» عن إمكانيات إنتاج دواء يحتوي على خلاصة إحدى الأعشاب المهدّئة التي لا تتسبب في الاعتياد (مثل نبتة ست الحسن: البيلادونا)، والجمع بينها وبين مهدىء مثبط أو مهدىء بسيط بجرعة صغيرة، بحيث تقوم كل مادة بدعم الأخرى. إن تراثنا الصيدلاني العربي غني بالوصفات العلاجية بالنباتات التي أثبت العلم الحديث فعاليتها[2]. ومن واجب مصانعنا أن تدرس وأن تتحرى هذا التراث لفائدتها هي ولفائدة البحث العلمي الإنساني.

٥ ـ اقتراحات الحلول:

تشير الأبحاث إلى أن اختيار شخص ما لمهنة الطبيب أو المعالج النفسي هو اختيار قد يكون ذا علاقة بوجود علائم عظامية كامنة لدى هذا الشخص[3]. ويبدو أن هذه الميول تتفجر لتنعكس على علاقة اختصاصيينا بعضهم ببعض. فندرتهم تشكل سبباً كافياً لرمي خلافاتهم جانباً ولتعاونهم، فقد وقعنا ضحية هذه الخلافات من حيث لا ندري. فإذا ما تعاونا مع اختصاصي ما من بلد عربي ما وجدنا أن له تياره الخاص وأن بقية التيارات تعامل مسؤولي مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية، ومجلة الثقافة النفسية كأنهم أعداء. هذا العداء قائم على أشدّه بين الزملاء المدرِّسين والممارسين، كما هو قائم بين زملاء في الممارسة وبين الباحثين، كذلك بين الجهتين وبين المدرِّسين.

---

(١) راجع الفقرة التاسعة من الفصل الأول من هذا الكتاب: «نحو استراتيجية قومية للدواء النفسي».

(٢) عبد الفتاح عكاري: «معجم الأدوية النفسية العشبية» ـ ملف العدد ١٩ من مجلة الثقافة النفسية، تموز/ يوليو ١٩٩٤.

(٣) Donnay - Richelle - Jetal: «Etude des motivations du Choix Vocationelle en Psychiatrie». in: *Acta Psychiat*, Belge, 1972, N° 72, pp. 345 - 365.

أمام هذه الخلافات التي تمعن في بعثرة إمكانيات التعاون داخل البلد الواحد وداخل الجامعة نفسها أو المستشفى نفسه، لا يمكننا اقتراح أي حل لا يقرّ بوجود مؤسسة جامعة تنظّم الممارسة وتفصل بين المختلفين بوضعها الأسس والقوانين الكفيلة بضبط هذه الممارسة، ووضع الحدود أمام الممارسات غير المشروعة، وحسم الخلافات العالقة بين بعض اختصاصيينا. هذه المؤسسة الجامعة يُمكن تصوّرها بالعديد من الصياغات منها:

١ ـ أن ننطلق من المؤسسات الجامعة الموجودة مع إدخال التعديلات الملائمة عليها كي تستطيع أن تقوم بهذا الدور. من هذه المؤسسات نذكر:

ـ مجلس وزراء الصحة العرب.
ـ اتحاد الأطباء النفسيين العرب.
ـ الجمعية العربية للصحة النفسية.
ـ اتحاد الجامعات العربية.
ـ المنظمة العربية للتربية والثقافة والفنون.

٢ ـ أن يتم توزيع المهام على كل جهة من هذه الجهات كل بحسب اختصاصها.

٣ ـ أن يتم إنشاء مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية[1] على أن يضم ممثلين اختصاصيين للجهات المعنية كافة.

أما عن تصوّرنا الشخصي للخطوات المؤدية إلى تطوير الخدمات الطبنفسية، والصحية ـ النفسية عامةً، في العالم العربي فهي كما يلي:

١ ـ اعتماد الصيغ البديلة لصيغة المصحّة النفسية:

حيث النمط القاسي الدفاعات للجهاز العائلي العربي يؤدي إلى قطيعة شبه كلّية بين الاختصاصيين وبين العائلات التي تحتضن مرضاها، بحيث تصبح المصحة مأوى دائماً للمرضى الذين تخلّت عنهم عائلاتهم ويبقى المرضى المقبولون عائلياً خارج الإطار العلاجي.

مثل هذه الدفاعات موجودة، ولو بنسبة أقل، في المجتمعات الغربية حيث تمّ طرح عدة صيغ بديلة منها:

ـ المستشفى النهاري: حيث يأتي المرضى صباحاً ويعودون إلى منازلهم مساءً.
ـ المستشفى النفسي العام: حيث يُفتتح قسم للطب النفسي في المستشفيات العامة.
ـ دُور الرعاية والتأهيل: حيث تكون هذه الدور بمنزلة ورشات للعلاج بالعمل.

هذه الصيغ تتماشى مع واقع الممارسة في مجتمعنا سواء لجهة انخفاض تكاليفها، أو لجهة تخفيفها من حرج العائلة والمريض ودفاعاتها، أو أخيراً لجهة كونها تفرض التعاون بين الطبيب النفسي وبين

---

(١) محمد أحمد النابلسي وعبد الرحمن عيسوي وعبد الفتاح دويدار: «نحو إقامة مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية»، الثقافة النفسية، العدد ٢٠، تشرين أول/ اوكتوبر ١٩٩٤.

الاختصاصي النفسي تعاوناً تكاملياً في إطار فريق علاجي متكامل يوزّع المهام على أعضائه مع تحديدها بدقة. لكن «الشيطان» يكمن في تفاصيل هذا التعاون.

٢ ـ فريق العلاج النفسي:

منذ البداية يُواجهنا هذا الموضوع بجملة تناقضات ومواقف متطرفة وتهم متبادلة بحيث تتعثر هذه البداية. لكن المخاض العسير لتطوير الاختصاص في عالمنا العربي لا بد له من الخوض في هذا الموضوع ومن اتخاذ المواقف الكفيلة بحسم هذا النقاش. لذا سنعمد في ما يلي إلى التطرق للنقاط التالية:

أ ـ موقف الأطباء النفسيين: ويتلخص هذا الموقف بالتأكيد على قيادة الطبيب لأوركسترا الخدمات النفسية، وذلك استناداً إلى جملة معطيات أهمها:

١) إن دراسة الطب هي دراسة مضبوطة أكاديمياً ومسؤولة قانونياً ومنظمة نقابياً. وهي تستمر على مدى اثنتي عشرة سنة بمواظبة دراسية يومية. كما أنها تستمر ببرامج تعليم مستمر للتعرف إلى مستجدات الاختصاص[١].

بناء عليه يرى الأطباء عدم جواز مقارنة مثل هذه الدراسة بالدراسات النظرية التي تتم في غالبيتها بدون حضور إجباري أو حتى بما يشبه المراسلة، أو بالتدريب على التحليل أو غيره من طرائق العلاج الأحدث (نيو تحليل نفسي، استرخاء، سوفرولوجي وغيرها) التي لا توجد لها ضوابط علمية معترف بها أكاديمياً.

٢) إن العلاج الطبنفسي هو العلاج النفسي الوحيد القابل لاختبار فعاليته من خلال دراسات تجريبية ـ مضبوطة علمياً وإحصائياً. كما أن هذا العلاج هو الوحيد القادر على مواجهة الطوارىء الطبنفسية[٢] التي يهدد بعضها حياة المريض والآخرين بما لا يتيح المجال لأي تدخل غير طبي مهما كان نوعه، وقس عليه في العديد من الأمراض كالذهانات على أنواعها، والنشبة الانتحارية، وحالات الهياج، ومحاولات إيذاء الذات والآخرين... إلخ.

٣) إن تطور البحوث الطبية أسقط العديد من الطروحات النظرية وهو في طريقه إلى إسقاط المزيد منها. مثال ذلك أن تطور أبحاث الجينات قد كشف عن وجود خلل صبغي مسؤول عن الفصام[٣] (ومجموعة اختلالات أخرى مسؤولة عن أمراض نفسية أخرى) مما أسقط جميع السببيات النظرية التي أصرّ النفسيون على طرحها طيلة عقود. كما أسقطت تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي النظرية السلوكية التي أصرّت على مدى عشرات السنين على معاملة الدماغ على أنه صندوق أسود. بناء

---

(١) المستجدات في ميدان الاختصاص تطال مجال الأدوية والفحوصات الطبية والعصبية، بحيث لا يمكن للطبيب النفسي إهمالها. ولكل طبيب طريقته الخاصة في الحصول على هذه المعلومات الحديثة، وذلك في غياب برامج عربية منظمة للتعليم المستمر.

(٢) محمد أحمد النابلسي: «طوارىء الطب النفسي» ـ ملف العدد ١٧ من مجلة الثقافة النفسية، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٤.

(٣) كافالي سوفروزا: «لقاء مع عالم الجينات كافالي سوفروزا»، مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٧، كانون الثاني/ يناير ١٩٩٤.

عليه فإن الزمن والتطور يعملان لمصلحة النظرة الطبية بما من شأنه أن يحسم الصراع في وقت قريب.

٤) إن انعدام تنظيم مهنة «اختصاصي نفسي - عيادي» يدفع الطبيب إلى تجنب التعامل معه طالما ظل الاختصاص عاجزاً عن تشريع ممارسته ووضع الأطر والقوانين لهذه الممارسة.

٥) عجز كليات علم النفس العربية عن تخريج طلاب قادرين على إثبات فعاليتهم.

٦) مواقف معاداة الطب النفسي والعلاج الدوائي. حيث يعتبر الأطباء أن هذه المواقف هي من نوع العدائية البحتة، إذ إن منتقدي العلاج الدوائي يجهلون حتى التركيب الكيميائي لهذه الأدوية. من هنا عدم جدوى مناقشتهم والاكتفاء بإثبات الفعالية العيادية العلمية لهذه العلاجات، مع المتابعة النقدية المستمرة للآثار الجانبية لهذه الأدوية[١].

ب - **موقف الاختصاصيين النفسيين**: ويتلخص هذا الموقف بالمطالبة بتوفير الفرص لهم لإثبات فعاليتهم بعيداً عن الخلاف العقائدي بينهم وبين الأطباء. وهم يطرحون للنقاش مجموعة من النقاط أهمها:

١) احتلال الأطباء للواجهة العيادية مما يتيح لهم تدعيم موقفهم المتعالي تجاه الاختصاصيين النفسيين. هذا الاحتلال لا ينبع في رأيهم من فعالية العلاج الطبنفسي بقدر ما ينبع من انتماء هذا العلاج إلى الحقل الطبي الذي يتعامل مع الطبيب كعضو في الجسم الطبي، بينما يتعامل مع الاختصاصي النفسي من منطلق كونه دخيلاً على ميدان الإشفاء المحصور بالأطباء.

٢) إن المرض النفسي هو أولاً وأخيراً أزمة وجود. هذه الأزمة لا تمكن مجابهتها بمجرد العمل على إعادة التوازن الكيميائي للدماغ. فالمنهجية العلاجية الفاعلة يجب أن تدرك الأهمية القصوى للصدفة ولاختلال تنظيم الجهاز النفسي بسبب الحدث أو الأحداث المؤدية إلى الاضطراب النفسي. وبمعنى آخر فإن علاج الاضطراب النفسي يجب أن يملك نظرة دينامية غالباً ما يفتقدها الأطباء النفسيون.

٣) إن نقص تأهيل خريجي أقسام علم النفس يعود إلى عدم تعاون الأطباء النفسيين مع الكلّيات التي تدرِّس هذا الاختصاص.

بعد هذا الاستعراض الموجز لنقاط الخلاف أعود لأُذكّر بأزمة الثقة العميقة بين الطرفين والتي أشرت إليها في مطلع هذا الفصل. إن اقتراحي حلّ هذا الصراع يجد ما يدعمه من خلال كوني منتمياً إلى الفرعين معاً. فبالإضافة إلى دكتوراه الطب النفسي، فإني حاصل على درجة الأستاذية في العلاج النفسي حيث أشرفت على إعداد بعض الزملاء لنيل شهادة الاختصاص العليا في العلاج النفسي[٢]. لذا أرجو أن يتمتع طرحي بقبول الطرفين وأن يجد طريقه إلى التطبيق العملي. وهذا الطرح هو التالي:

١) يتكون الفريق العلاجي من الطبيب النفسي ومن المعالج النفسي المؤهَّل، بحيث يشرف كلٌّ منهما على التقنيين من أعضاء الفريق (اختصاصي نفسي، مرشد اجتماعي، اختصاصيو التقنيات العلاجية المحددة).

---

(١) محمد أحمد النابلسي: «أخطار الأدوية المهدئة»، جريدة الأنوار، ٢٥ آب/ اغسطس ١٩٩٠.

(٢) وذلك وفق برنامج معهد الاختصاصات العليا التابع للأكاديمية المجرية في بودابست.

٢) المعالج النفسي المؤهَّل: حيث نجد أسلوبين مطروحين للحصول على هذا اللقب:

أ ـ الأسلوب الأميركي: حيث يتم التدريس في كلّيات الطب ويحضّر الطالب لنيل شهادة جدارة ثم شهادة دكتوراه في العلاج النفسي. وهذا الأسلوب بدأ تطبيقه في المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.

ب ـ الأسلوب الأوروبي: حيث يتابع حامل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي دورةً تأهيليةً لمدة ثلاث سنوات ينال بعدها شهادة الاختصاص في العلاج النفسي. وهذا النظام متبع في مصر.

٣) التقنيون النفسيون: إن الممارسة الحرة لمهنة العلاج النفسي تقتصر على الأطباء وعلى المعالجين النفسيين المؤهَّلين تأهيلاً معترفاً به في البلد الذي يمارسون فيه. أما ممارسة التقنيين فلا تتم إلا تحت إشراف طبي.

٤ ـ العلاقة بين الطبيب والمعالج: تتوزع المسؤوليات بينهما كلٌّ وفق اختصاصه، على أن يتولى الطبيب مسؤولية القيادة واتخاذ القرار في حالات الطوارىء.

٥ ـ يعتبر إذن مزاولة التحليل النفسي من قِبَلِ الجمعية الدولية للتحليل النفسي معادلاً لشهادة معالج مؤهَّل.

٣ ـ السياسة الدوائية:

إن رسم معالم هذه السياسة هي مسؤولية مجلس وزراء الصحة العرب، بحيث يتم العمل على تحقيق التعاون في مجال صناعة وتسويق الأدوية، كذلك العمل على حماية المريض العربي من الأدوية محظّرة الاستخدام في دول أخرى ومن الأدوية التي لم تُختبر فعاليتها بشكل موثوق(١).

٤ ـ تأهيل اختصاصيين في الطب النفسي:

إن نقص الأطباء النفسيين هو، كما أشرت أعلاه، ظاهرة عامة في الدول العربية. من هنا ضرورة عمل كليات الطب العربية على إنشاء برامج تأهيلية لتخريج الأطباء النفسيين، مع دعم وتطوير القائم من هذه البرامج.

هنا نجد من المهم تعداد بعض التجارب العربية في هذا المجال:

ـ جامعة الملك سعود بالرياض: وبرنامجها هو تجربة ناشئة لكنه في الطريق إلى التعميم على جامعات سعودية أخرى(٢).

ـ جامعة عين شمس: وقد طورت برنامجاً جديداً للتأهيل(٣).

ـ جامعة تونس: ولديها برنامج معرّب للاختصاص(٤).

(١) بعض هذه الأدوية يشجع الميول الانتحارية وبعضها يسبب غيبة الكريات البيضاء.

(٢) عبد الرزاق الحمد: «ندوة الثقافة النفسية في القاهرة» ـ مرجع سابق.

(٣) أسامة الراضي: «ندوة الثقافة النفسية في القاهرة» ـ مرجع سابق.

(٤) أنور الجراية: «محاولات تعريب العلوم النفسية بتونس»، مؤتمر مدخل إلى علم نفس عربي، طرابلس ـ لبنان، ١٩٩٤.

٥ ـ إنشاء نقابة للعاملين في المهن النفسية:

حيث تقوم نقابة في كل بلد عربي تعمل على التنسيق بين الاختصاصيين النفسيين في مختلف الميادين وبينهم وبين المؤسسات الصحية والتربوية العامة، وأيضاً بينهم وبين المراكز الاختصاصية المحلية والعربية والأجنبية[١].

٦ ـ توحيد المصطلحات النفسية[٢].

٧ ـ الإشراف على عملية النشر العلمي (إصدار نشرة حولية تقويمية للإصدارات النفسية).

٨ ـ تقييم عينات من رسائل الجدارة والأطروحات المعدة في هذا المجال في الجامعات العربية.

٩ ـ التعليم المستمر:

يشهد الاختصاص تطورات علمية سريعة ومتلاحقة مما يجعل من التعليم المستمر لاختصاصيينا مسألة ملحة. فإذا تمّ إنشاء هيئة عربية جامعة للاختصاص فإنها ستتمكن من تقديم تسهيلات عديدة للتعليم المستمر، وذلك على أكثر من صعيد:

أ) بالتعاون مع الجامعات ومراكز البحث العربية والأجنبية[٣].
ب) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ـ فرع الطب النفسي.
ج) بالتعاون مع الجمعيات والمدارس النفسية العربية والأجنبية.
د) بإقامة برامج خاصة للتعليم المستمر بموازاة المؤتمرات النفسية العربية.
هـ) بتسهيل المشاركة في برامج التعليم المستمر الملحقة بالمؤتمرات الدولية.
و) بإيجاد وسيلة نشر تعرض لمستجدات الاختصاص ويسهل حصول الاختصاصيين عليها.

١٠ ـ الدليل العربي للاضطرابات النفسية:

لا يمكننا بحال الكلام عن تجارب نفسية عربية عبر حضارية[*] أو عن خصوصية العيادة العربية (وتالياً عن خصوصيات الإنسان العربي) إذا نحن لم نتوصل إلى إصدار **الدليل العربي للاضطرابات النفسية**. فإصدار هذا الدليل لا يتحقق إلا بعد تحقيق جميع الخطوات المشار إليها أعلاه، والتي تعوقها كل معوّقات التعاون العلمي العربي[٤].

إن المتتبع لواقع الاختصاص يدرك تمام الإدراك عجزنا عن إنهاض هيئة اختصاصية عربية جامعة وتعثر خطوات القائمة منها. الأمر الذي يطرح التساؤلات حول مستقبل هذا الاختصاص في العالم العربي ونزيف أدمغته. فهل نتوصل حقاً إلى إنشاء مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية يكون قادراً على تحقيق مثل هذه الخطوات؟

---

(١) كانت هذه إحدى توصيات مؤتمر «نحو علم نفس عربي»، طرابلس ـ لبنان، ١٩٩٢.
(٢) راجع الفصل الرابع من هذا الكتاب.
(٣) تعطي بعض هذه الجامعات منحاً دراسية لهذا الغرض.
(*) المقصود بتجارب نفسية عربية عبر حضارية تلك البحوث التي تهدف إلى ترسيخ وتأكيد الاتجاهات والعوامل المشتركة بين البشر كآدميين مع النظر بحساسية إلى الفروقات المميزة للمجموعات الحضارية، هذه الفروقات الناجمة عن الخصوصيات الحضارية وعن الشخصية الجمعية لكلٍ من هذه المجموعات.
(٤) راجع الفقرة السابعة من الفصل الأول من هذا الكتاب: «العرب والبحث العلمي المشترك».

الفصل السابع
نحو تصنيف عربي للاضطرابات النفسية

تبذل الجمعية العالمية للطب النفسي ومعها الجمعية الأميركية جهوداً مكثفة لإيجاد لغة تخاطب عالمية لتصنيف الاضطرابات النفسية. ولكل من هاتين الجمعيتين دليلها الخاص الذي تحرص كل منهما على تطويره وتعديله ليصبح أكثر التصاقاً بالوقائع العيادية وأكثر قابلية للتطبيق عبر الحضاري. والواقع أن هذه الجهود قد أعطت ثمارها وانعكست بارتفاع عالمي لمستوى العناية النفسية في العالم. وبموازاة هذا التطور، فإن فرع الطب النفسي عبر الحضاري قد عرف بدوره تطورات متلاحقة وسريعة أدّت إلى ترسيخ أهمية وجود لغة التخاطب العالمية، ولكنها أكدت وفي الوقت عينه على تمايز كل لغة وفرادتها.

فهذا الفرع يهتم بملاحظة وتسجيل القواسم المشتركة بين الحضارات دون أن يقبل بإلغاء أو بإهمال الفروقات الحضارية. فإذا كانت التصنيفات المطروحة عالمياً هي لغة القواسم المشتركة بين الحضارات فإن ذلك لا يلغي أهمية إرساء التصنيفات المحلية المعتمدة على الفوارق الحضارية. والواقع أن الإصرار على أهمية هذه الفوارق بعيد عن صراعات الترف الفكري كما هو بعيد عن الرغبة في التقليل من أهمية اللغات العالمية المتخصصة، بل هو لصيق بالواقع العيادي المباشر الذي يقتضي من المعالج ضرورة التعرف إلى هيكلية الاضطراب وسيرورات تطوره كشروط أساسية لعلاجه الوقائي والمبكر. وهذا التعرف لا يمكنه أن يتجاهل الظروف الحضارية المؤثرة في معايشة المريض لاضطرابه وللأحداث السابقة والمرافقة لهذا الاضطراب.

فيما يلي نطرح للمناقشة بعض الاضطرابات الخاصة بثقافتنا العربية المعاصرة وننتقي منها:

١ ـ عُصاب الحرب اللبنانية(١)،

٢ ـ تناذر السيارة المفخخة(٢)،

٣ ـ تناذر الزوجة الأولى(٣)،

---

(١) Naboulsi, Mohamad: *Séquelles psychiques et psychosomatiques et psychologiques des événements traumatiques*. Thèse Ph. D. psychiatrie, Académie Hongroise 1990.

(٢) Moussong, E-K et Naboulsi, M.: «Le dessin du temps dans le désastre» *Congrès international de psychiatrie*. Athène, 1989.

(٣) أحمد درويش: «تناذر الزوجة الأولى» ـ ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي، أثينا ـ ١٩٨٩، ملخص مترجم في مجلة الثقافة النفسية، العدد الثاني، ١٩٩٠.

٤ ـ الاضطرابات النفسدية (البسيكوسوماتية) عقب الصدمية.

ولو نحن حاولنا اعتماد الدليل الأميركي المراجع عام ١٩٨٧[١]، لرأينا أنه يصنفها جميعها في خانة اضطرابات القلق وتحديداً في باب اضطرابات الشدّة عقب الصدمية P.T.S.D..

ولكن هذا الإدراج يفقد هذه الاضطرابات العديد من أبعادها ويفوّت على الفاحص فرص التعرّف إلى هيكلياتها بحيث يقصرّ في استيعابها ويرتبك في علاجها ارتباكاً قد يصل إلى حدود الفشل. وفيما يلي عرض لعوامل هذا الارتباك:

أ ـ اضطراب الشدّة عقب الصدمية

يُعرّف الدليل الأميركي هذا الاضطراب من خلال البنود التالية:

١ ـ التأكد من وجود الحدث الصدمي مع استبعاد ضغوطات الحياة العادية ومنها الصراعات الزوجية.

٢ ـ تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض (ذكريات، كوابيس، رؤى هلاسية عابرة... إلخ).

٣ ـ استمرارية السلوك التجنبي.

٤ ـ ديمومة العلائم المرضية التي تعكس استمرار حالة الاستنفار لدى المريض.

وبالإضافة إلى المعطيات المذكورة أعلاه، فإن الطبعة المراجعة سنة ١٩٨٧ للدليل تضيف ضرورة كون هذه العلائم المرضية قد ظهرت واستقرت لدى المريض منذ شهر على الأقل. أما إذا تأخر ظهور العلائم عن ستة أشهر، فإن الدليل يُسمّيها بالاضطرابات المتأخرة الظهور، وهو يقسم هذا الاضطراب إلى حاد وإلى متأخر.

ب ـ عُصاب الحرب اللبنانية

جرت العادة على إدراج هذا العُصاب في باب اضطرابات الشدّة عقب الصدمية (أ.ش.ع.ص)، ويبرر هذا الإدراج كون هذا العُصاب ومظاهره مستوفية لجميع البنود التي يضعها الدليل الأميركي كشروط لهذا التشخيص. ولكن مظاهر هذا العصاب هي أكثر غنى وتنوعاً من أن يحتويها هذا التصنيف.

ج ـ تناذر السيارة المفخخة

وهو بدوره مدرج في باب اضطرابات الشدّة عقب الصدمية. ولكنه غالباً ما يكون متمازجاً مع عُصاب الحرب في لبنان. كما أن الانفعالات المرافقة له يُمكنها أن تتجسد باضطرابات وتعقيدات جسدية يُهملها التصنيف الأميركي.

د ـ تناذر الزوجة الأولى

وهو يقحم إقحاماً في باب اضطرابات الشدّة عقب الصدمية لأنّ البند الأول يستبعد الصراعات

---

(١) *DSM III-R:* American Psychiatric Association, 1987.

الزوجية من هذا التصنيف. ولكن تقرير المعالج العربي لخاصية هذه الوضعية يدفعه إلى تجاهل هذا الاستبعاد من منطلق اعتباره أن زواج الرجل من امرأة ثانية هو بمنزلة الحدث الصدمي المؤكد.

هـ ـ الاضطرابات النفسدية عقب الصدمية

ليس نادراً أن تترافق اضطرابات الشدّة مع ظهور تعقيدات جسدية لأمراض معروفة أو أنها قد تكون مناسبة لاكتشاف هذه الأمراض. وفي طليعة هذه التعقيدات نذكر عثرة القلب وإمكانيات تَسَبُّبها باحتشاء قلبي قد يؤدي إلى الموت. وحتى في حال اقتصار هذه التجسيدات على تغيّرات فيزيولوجية محدودة، فإنها تتحول مع التكرار نحو الوساوس المرضية (المراق) مما يعقّد الجدول العيادي للحالة.

وعلى الرغم من خصوصية هذه الحالات وتمايزها فإن الدليل الأميركي يدرجها في باب اضطرابات الشدّة عقب الصدمية، هذا الإدراج الذي يتجاهل خصوصيتها واحتمالات تطورها.

المناقشة:

إن مجموعة الاضطرابات المطروحة أعلاه تقتضي طرح تصنيف (أ. ش. ع. ص) للمناقشة، وفي هذه المناقشة تأكيدٌ على النقاط التالية:

١ ـ يرتكز هذا التصنيف إلى حالات شدّية ناجمة عن حريق مصنع دهانات أو عن تعرض المسافرين في الطائرات لعمليات خطف... إلى آخره من الأوضاع الشدّية المعتدلة. وبهذا فإنه غير مناسب للتطبيق في حالات مجابهة فعلية وصاعقة ومتكررة للموت كما هي حال تهديدات الحياة أثناء الحرب اللبنانية أو أثناء انفجار سيارة مفخخة.

٢ ـ يعتمد هذا التصنيف مبدأ الصدمة الوحيدة ويحدّد لها فترة حضانة (ريثما تتبدى الأعراض) مدتها ستة أشهر. ولدى محاولتنا تطبيق هذه المبادىء على الحالات الصدمية اللبنانية، فإننا نُفاجأ بتعدّد هذه الصدمات وبتداخل آثارها وانعكاساتها ومظاهرها بحيث يستحيل علينا الالتزام بمبدأ الصدمة الوحيدة أو بتحديد فترة حضانة معينة للأعراض.

٣ ـ يُكرّس التصنيف الأميركي تفريق الجدول العيادي إلى صعيدين هما صعيد الأعراض وصعيد الشخصية التي تحتضن هذه الأعراض وترعاها. وإذا كان هذا التفريق محتملاً في حالات المتعرّضين لصدمة وحيدة، فإنه مستحيل في حالات التعرض للصدمات المتكررة (وخاصة عندما تكون متقاربة كما في حالة الحرب اللبنانية) حيث تؤدي كل واحدة من هذه الصدمات إلى إحداث تغييرات في الشخصية. والاختصاصي لا يستطيع متابعة هذه التغيرات وتطوراتها المرضية إذا ما قبل مبدأ الفصل بين الصدمات ومبدأ الفصل بين الأعراض وتطورها وبين الشخصية وتغيّراتها.

٤ ـ يلغي التصنيف الأميركي عارض الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة (الحدث الصدمي) وهذا الإلغاء غير موضوعي في الحالة اللبنانية حيث يكون هذا العارض أساسياً ويستدعي التدخل العلاجي الفاعل. خاصةً وأن مشاعر الذنب تتعقد مع مشاعر تهديد الانتماء والهوية مما يُعطي الضحايا وضعية الشهداء ويشجع تماهي الناجين بهم.

٥ ـ إن العلائم المرضية ـ العضوية الملاحظة في حالات الشدّة الفائقة لا تقتصر على الاضطرابات

الوظيفية، المصاحبة عادةً لحالات الاستنفار، بل هي تتعداها إلى اختلال الاقتصاد النفسي ـ الجسدي للمريض مما يتسبب بارتفاع كبير في نسب الإصابة بالأمراض النفسية لدى المتعرضين لهذه الكوارث. وهذا ما يثبته الأدب الطبنفسي حيث يشير كل من كلوتز Klotz وفيشيز Fichez إلى ظهور الهرم المبكر واضطرابات الغدد لدى هذه الفئات وحيث تشير الاحصاءات الموثوقة إلى ارتفاع معدلات الإصابات النفسية في المجتمعات والمجموعات المتعرضة للكوارث[1].

٦ ـ إن صدمة الزوجة الأولى المتمثلة بزواج رجلها من امرأة ثانية هي صدمة لا يمكن للمعالج استيعابها إن هو لم يلجأ إلى الاهتداء بتقييم سائر فروع العلوم الإنسانية لوضعية هذه المرأة ولظروف معاناتها. وهذا الاهتداء يجعل من الصعب على المعالج أن يُقْصِر فهمه لهيكلية هذه الحالة على بنود التصنيف، خاصةً وأن لهذه الوضعية صفة الاستمرارية التي تساهم في تطور وتعقيد هيكليتها وآثارها المرضية.

٧ ـ يقسم التصنيف الأميركي أعراض (أ.ش.ع.ص) إلى حادّة ومتأخرة. وهذا التقسيم يُخالف المنطق العيادي حيث الحادة تقابلها المزمنة، والمتأخرة تقابلها الفورية. كما يُخالف هذا التقسيم طبيعة الاضطراب إذ يمكن لآثار بسيطة أن تؤدي إلى تفجير آثار مزمنة فائقة التعقيد. فهل يُمكننا إلغاء الآثار غير المتظاهرة للصدمات الأقدم أو تجاهل هذه الآثار؟

٨ ـ يُوزع التصنيف الأميركي العوارض على ثلاثة بنود هي: تكرار المعايشة، والتجنب، واستمرار حالة الاستنفار. وهذا التوزيع يبعثر هذه العوارض ويمنع العيادي من التعامل معها بشكل تكاملي.

٩ ـ يُهمل التصنيف الأميركي مسألة التفريق بين الأعراض العصابية السابقة للصدمة والتطورات المحتملة لهذه الأعراض من جراء الصدمة وبين الأعراض الخاصة بالعُصاب الصدمي (أ.ش.ع.ص).

إن العيادي العربي إذ يستعرض تجاربه على الحالات الأربع التي اتخذناها مثالاً وإذ يناقشها على ضوء الانتقادات الواردة أعلاه، فإنه يتوصل معنا إلى النتائج التالية:

أ ـ خصوصية كل حالة من الحالات العصابية الأربع وطابعها العربي المميز.

ب ـ ضرورة إيضاح هيكلية كل حالة من هذه الحالات ووضع البنود الملائمة لتصنيفها.

ج ـ ضرورة المشاركة العربية في الأبحاث عبر الحضارية التي تؤمّن لنا المساهمة في إدخال التعديلات الملائمة لواقعنا في التصنيفات العالمية كما تؤمّن لمريضنا فرص الاعتراف بتمايز بعض أعراضه وخصوصيتها.

د ـ ضرورة إرساء لغة تخاطب اختصاصية عربية (تصنيف عربي للاضطرابات النفسية) دون أن يعني ذلك التنكّر للقواسم المشتركة عبر الحضارية المتجسدة في التصنيفات المستخدمة على نطاق واسع في العالم.

(١) Fichez, L.F. et Klotz, A: *La Sénescence prématurée et ses traitements*, Vienne Ed. F.I.R., 1961.

هيكلية الاضطراب الصدمي وتطوراته

إن مناقشتنا لهذه المواضيع تهتدي بالنظريات الدينامية بوصفها جزءاً من التراث النفسي الإنساني. ولكن هذا الاهتداء لا يعني بحالٍ اعتمادنا لموقف الديناميين الرافض أساساً لمبدأ تصنيف الاضطرابات النفسية من منطلق الإصرار على فرادة كل حالة مرضية على حدة. إذ إن موقفنا هو موقف توفيقي يهدف إلى تدعيم العيادة العربية وإمكانيات تصرفها في وجه هذه الحالات عن طريق التواصل وإغناء التجارب الفردية ومكاملتها. ودافِعُنا إلى ذلك بعض الحالات الفريدة التي نشهدها في العيادة اللبنانية والتي نذكر منها التالية على سبيل المثال:

أ ـ تشير الفحوصات الطبية إلى عدم وجود موانع تحول دون الإنجاب لدى الزوجين. ومع ذلك فإنهما يستمران في عجزهما عن الإنجاب بعد ثلاث سنوات من العلاج بدافعات الإباضة وبغيرها من الوسائل الطبية. هذا علماً بأنهما قد أنجبا باكورة زواجهما طفلاً توفي برصاصة طائشة من رصاصات الحرب اللبنانية. ولدى مقابلتي لهما كانا لا يزالان يبكيان طفلهما الميت بعد مرور أربع سنوات على وفاته[1].

إن مثل هذه الحالة لا تُجبرنا فقط على إعادة النظر في تطبيق التصنيف الأميركي ومبدأ (أ. ش. ع. ص) في عيادتنا، ولكنها أيضاً تدفعنا إلى التعمق في البحث وتضعنا أمام مسؤولية وواجب مشاركة الآخرين في تجربتنا. ولكن ظروفنا لا تسمح بأكثر من العمل على تفريغ مظاهر الحزن غير المستنفد لدى الزوجين.

ب ـ حالة اضطراب عقلي عابر مُلاحظة لدى المقاتلين المنسحبين من الميليشيات عقب مواجهات صدمية حادة. وتتبدى على هؤلاء مظاهر ذهانية لا تلبث أن تختفي بعد حوالى الثلاثة أشهر على ظهورها. وتوجد لدى الأطباء دوافع قوية لتصنيفها في خانات الذُهان أو في باب «تناذر غانسر». وأنا شخصياً أميل إلى اعتبارها تضخماً تذكرياً ناجماً عن الصدمة كردة فعل على حالة التخدر الحسي أثناء التعرض للصدمة.

ج ـ أمراض نفسدية من كل الألوان، بما فيها تعاظم نسب الإصابة بالأمراض المناعية وبأمراض الأجهزة.

والآن كيف نفهم هيكلية الاضطراب الصدمي؟ نعود إلى تراثنا وإلى ابن سينا تحديداً. فقد أجرى الشيخ الرئيس تجربةً جمع فيها حملاً وذئباً في غرفة واحدة وربطهما بحيث لا يستطيع أحدهما مطاولة الآخر. ثم عمد إلى مراقبة التغيّرات الطارئة على هذا الحمل، بالمقارنة مع حمل آخر يعيش ظروفاً عادية على اعتباره شاهد تجربة. ولاحظ ابن سينا أن مظاهر الاضطراب بدأت تتطور لدى الحمل وصولاً إلى الوهن والقهم، وفي النهاية مات الحمل بعد هزال تدريجي.

وهذه التجربة هي شرح عملي وميداني لنظريات الشدّة الحديثة التي لم تكن معروفة قبل خمسين عاماً. وهذه التجربة لا تهمل مبادىء تكرار الصدمات واستمرارية التعرض للشدّة وإمكانيات تجسّد

---

(١) محمد أحمد النابلسي: العقم وعلاجه النفسي، بيروت، منشورات الرسالة ـ الإيمان، ١٩٨٩.

الانفعالات إلى أن تُفضي إلى الموت. ولكن الإنسان يملك إمكانية التعقيل، وتعقيله للصدمة يعني هضمه لها. فإذا كانت الصدمة عنيفة، فإنه يعجز عن تعقيلها وبالتالي عن هضمها، فتتحول إلى مزمنة، ومن ثم فإنها تكتسب القدرة على تحويل حوادث بسيطة إلى مناسبات صدمية ذات صدى.
وتفصيلُ ذلك أن الإنسان يعيش مع فكرة موته وقيمة هذا الموت من خلال اعتماده مبدأ الموت المؤجل «سأموت ولكن ليس الآن». فإذا ما تعرض لصدمة تهدّد حياته (تهديداً مباشراً أو عن طريق دفعه للتفكير في الانتحار... إلخ) فإن هذه المعادلة تنتفي لتحلّ مكانها معادلة معقدة مفادها: «لا شيء يمنع أن أموت الآن أو في أي وقت قريب. فإذا مات جسدي ماذا سيكون مصير أناي؟». وهنا ينشأ الانشطار بين الجسد وبين الأنا بعد أن كانا متطابقين. وهنا تختلف آثار الصدمة باختلاف طبيعتها وباختلاف ما إذا كان تهديدها يطال الجسد (مرض خطر أو تهديد خارجي ينال الجسد... إلخ)، أو ما إذا كان متعلقاً بالأنا (الخوف من فقدان التوازن العقلي أو من فكرة الانتحار والوساوس... إلخ).
ومن خلال تجربتنا في لبنان نعرض الجدول التالي[1]:

نوعية الانشطار	الانعكسات العقلية	الانعكسات الجسدية	طبيعة الصدمة النفسية
الجسد يُهدّد الأنا	إنعدام القابلية الاجتماعية والانصراف عنها وعن الطعام. وقد يتطور هذا الانصراف ليصل إلى «الخلفة العقلية» (Anorexie Mentale)	خلل التوازن النفسي ـ الجسدي، معاودة ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الجسدية التي كانت كامنة لحينه.	صدمات عاطفية. صعوبات العلاقات الشخصية مع الآخرين.
الجسد عُرضة للتهديد	تفجر الوساوس المرضية	تجسيدات مختلفة	وضعيات عظامية (أسر أو اعتقال أو خسائر أو فقدان عزيز)
الجسد عُرضة للتشويه	تفجّر المخاوف والوساوس المتمحمورة حول تعرض الجسد للتشويه.	تجسيدات مختلفة من النوع الهيستيري.	التعرض لصدمات تهدد الحياة بشكل صاعق (إنفجارات، عمليات جراحية... إلخ)
الجسد عُرضة للجنون	مظاهر تبدد أو تفكك الشخصية Depersonalisation	ظهور مظاهر التبدّد أو التفكّك على الصعيد الجسدي.	الشعور بالذنب أمام الضحايا من قبل الشخص الناجي من الكارثة. أو التعرض لتهديد الحياة لمدد طويلة.

(١) مجموعة من الباحثين: **الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث**، [سلسلة الثقافة النفسية ـ الجزء الخامس]، بيروت، منشورات دار النهضة العربية.

يعرض هذا الجدول لاحتمالات تطور انعكاسات الصدمة كما هو ملاحظ إضافةً إلى تصنيفها. وهكذا فإن مطاولة التهديد لحياة الفرد هي مناسبة لتفكيره في أناه وفي روحه. وهنا تختلف المواقف باختلاف الثقافات والأديان واللاوعي الجماعي بأساطيره المعتمدة، وهي عوامل لا يُمكننا إلغاءها لدى تصدينا لعلاج هذه الحالات. ومن هنا ضرورة إرساء تصنيف عربي للاضطرابات النفسية[1]. والحالات التي عرضناها هي قليلٌ من كثير، وجعبة أطبائنا لا تخلو من مثل هذه الحالات الخاصة لأسلوبنا العربي في معايشة الوقت والحياة[2].

---

(1) محمد أحمد النابلسي: «ضرورة تعديل التصنيفات الدولية»، ورقة مقدمة في مؤتمر «نحو علم نفس عربي»، طرابلس - لبنان، ١٩٩٢.

(٢) Naboulsi, Mohamad: «War and Developing Society» Budapest, rev. *Therapeutica Hungarica*, 1990.

الفصل الثامن

أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي

لا بد لعلماء النفس العرب من الاعتراف بعجزهم عن إثبات الفعالية الإجرائية للعلوم النفسية وصولاً إلى المساهمة الفعّالة في عملية التنمية العربية في مخاضها العسير. ففي حين تتوالى الدعوات إلى علم نفس عربي نجد عجزاً متعدد الأصعدة عن تجاوز الإشكاليات الساذجة في بساطتها. فالداعون إلى مدرسة نفسية عربية لم يتوصلوا إلى مجرد الاتفاق على توحيد المصطلحات النفسية، حتى باتوا أقدر على قراءة النصوص الأجنبية منهم على قراءة النصوص التي يكتبها زملاؤهم. أضف إلى ذلك عجزهم الواضح عن التفريق بين الموضوع وبين المنهج، عداك عن اختلافهم حول المناهج وإهمالهم لضرورات تطويعها وتعديلها بما يلائم بيئتنا العربية.

هذه الوقائع تتشعب إلى مجموعة ضخمة من التفاصيل التي تمارس آثاراً كارثية على صعيد تدريس العلوم النفسية في العالم العربي، ذلك بغض النظر عن مدى وعي كل بلد عربي على حدة بهذه الآثار وعن أسلوب كل منها في التعامل مع هذه الأزمات. إن مناقشتنا لهذا الموضوع تتخطى تجربتنا الذاتية باستنادها إلى مجموعة غنية من المعطيات والوثائق التي توافرت لدينا بحكم إدارتنا لأبحاث مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية (الذي يصدر مجلة الثقافة النفسية). من هذه المعطيات نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

١) ندوة مجلة الثقافة النفسية حول تدريس العلوم النفسية في العالم العربي[١] وقد شارك فيها الدكاترة جمال وأحمد أبو العزايم ونادية توفيق وسهير يوسف (جامعة الأزهر) ومحمد فاروق السنديوني (جامعة اوستراليا) وعبد الرزاق الحمد (جامعة الملك سعود ـ الرياض) وأسامة الراضي (الطائف ـ السعودية) ومحمد أحمد نابلسي (مركز الدراسات النفسية).

٢) ندوة «نحو مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية»[٢] وقد شارك فيها الدكاترة: محمد أحمد النابلسي (م. د. ن) وعبد الرحمن عيسوي (جامعة الاسكندرية) وعبد الفتاح دويدار (جامعة بيروت العربية).

---

(١) الثقافة النفسية (مجلة): العدد التاسع عشر (١٩٩٤).
(٢) الثقافة النفسية (مجلة): العدد العشرون (١٩٩٤).

٣) الدليل النفسي العربي[١] وتحديداً: أ) دليل الكتاب النفسي العربي[٢]، ب) دليل الاختصاصيين النفسيين العرب[٣]، ج) دليل الاختبارات النفسية العربية[٤].

٤) معجم الثقافة النفسية لمصطلحات علم النفس[٥] والطب النفسي[٦] والتحليل النفسي والبسيكوسوماتيك[٧].

٥) مراجعات لمئتين من الكتب النفسية التعليمية تم عرضها في الأعداد العشرين الصادرة من مجلة الثقافة النفسية.

٦) دراسة استقصائية عن بعض كليات تدريس العلوم النفسية في لبنان ومصر وسوريا وقطر وتونس والأردن.

٧) متابعة دقيقة ونقدية للمجلات النفسية العربية[٨].

إستناداً إلى هذه المعطيات يمكننا تصنيف أزمات تدريس العلوم النفسية في العالم العربي على النحو التالي:

١ ـ أزمة المصطلحات:

يعود إنشاء أولى كليات علم النفس في العالم العربي إلى العام ١٩٥٢ حين قام المرحوم مصطفى زيور بإنشاء هذه الكلية في جامعة عين شمس القاهرية. فكانت هذه الكلية بمنزلة ذرة الرمل التي تتكون حولها اللؤلؤة التي تمثلت بظهور نخبة الرواد الأوائل. حيث نذكر إلى جانب زيور كل من عبد العزيز القوصي ويوسف مراد وعبد المنعم المليجي وسامي علي وصلاح مخيمر واسحق رمزي وغيرهم. لكن معاناة هذه النخبة لم تقتصر على كونها انطلقت من الصفر نحو عصامية التأسيس بل أضيف إلى هذه المعاناة تلازمها مع الانتهاك الاستعماري للغتنا العربية التي أوحى المستعمر بأنها السبب الرئيسي لتخلّفنا لأنها العائق الرئيسي في وجه تخلّينا عن هويتنا. فكانت مرحلة إلغاء لغوي حضاري تجلى بتشجيع اللهجات العامية ومحاولة فرض اللغات الأجنبية. عن هذا الواقع نشأت أزمة مصطلحية لا تزال متأججة لغاية اليوم حيث الخلاف الحاد بين المصطلحات المغاربية وتلك المشرقية. فإذا ما دققنا النظر وجدنا أنها جميعها تنتمي إلى العاميات المحلية البعيدة كل البعد عن العربية الفصحى، حتى توزعت المواقف على النحو التالي:

---

(١) صدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية في طبعة أولى تجريبية عام ١٩٩٤.
(٢) الثقافة النفسية (مجلة): العدد الثاني عشر (١٩٩٢).
(٣) الثقافة النفسية (مجلة): الأعداد ١٦، ١٧، ١٨ (١٩٩٣ ـ ١٩٩٤).
(٤) الثقافة النفسية (مجلة): العدد الخامس عشر (١٩٩٣).
(٥) الثقافة النفسية (مجلة): العدد الثاني عشر (١٩٩٢).
(٦) الثقافة النفسية (مجلة): العدد الحادي عشر (١٩٩٢).
(٧) الثقافة النفسية (مجلة): العدد الخامس عشر (١٩٩٣).
(٨) الثقافة النفسية (مجلة): العدد الثامن عشر (١٩٩٤).

أ ـ مجموعة تدعو إلى اعتماد هذه المصطلحات بوصفها شائعة[1] مما يجعل من العبث هدر الجهود لتقويمها وتصحيحها خصوصاً أن استبدال الشائع هو عملية شاقة وتحتاج للكثير من الـوقت والجهد والتمويل، مع موافقة هذه المجموعة على إسقاط المصطلحات عديمة الصحة اللغوية.

ب ـ موقف لغوي أصولي يعارض الموقف الأول معارضة عنيفة ويصر على العودة إلى تـراثنا العلمي واللغوي لاقرار المصطلحات مع الإصرار على ضرورة إسقاط كل ما يتعارض مع هذا التراث من مصطلحات شائعة كانت أم غير شائعة.

ج ـ موقف عشوائي ـ نرجسي يعتمد أصحابه حجة التوفيق بـين المواقف المتعـارضة فـنراهم ينشرون معاجم هي في الواقع مجموعة سرقات منهجية أو غير منهجية لأعمال الآخرين. كما نصادف من هذه الفئة من يلجأ إلى استنباط مصطلحات جديدة كنوع من أنواع التمرد النرجسي، حتى تـوصل بعضهم إلى معارضة جميع المعجميين العرب مع أن هؤلاء المعارضين لم ينشروا كتاباً واحداً طوال حياتهم الأكاديمية.

د ـ موقف التكاملية وهو الذي ينظر بجدية عميقة إلى أزمة المصطلح فيرى ضرورة تأليف فريق متكامل للنظر في هذه الأزمة، بحيث يضم هذا الفريق اختصاصيين لغويين ونحويين وتراثيين ولسانيين إلى جانب اختصاصيي الفلسفة وأصحاب الاختصاص الدقيق في كل فرع من الفروع النفسية. على أن تكون البداية في وضع لائحة معيارية بالشروط الواجب توفرها في المصطلح المرشح للاعتماد.

هذا الموقف الأخير هو موقفنا في مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية، حيث اعتمدنا لائحة الشروط المصطلحية التي ذكرناها في الفصل الرابع من هذا الكتاب .

على هذا الأساس قام المركز بنشر المعـاجم الثلاثة في مجلته **الثقافة النفسية** (الأعداد ١١ و١٢ و١٥). أما عن انعكاسات فوضى المصطلح على تـدريس العلوم النفسية فـإن مدرِّسي هـذه العلوم يدركونها ويعايشونها، لذلك نكتفي بإيراد بعض الأمثلة:

١ ـ الاختبار المسمى Thematic Apperception Test (T.A.T.) له في لغتنا العربية عدة تسميات مثل: أ) اختبار تفهم الموضوع (يعتمده م.د.ن)، ب) رائز استيعاب الموضوع، ج) رائز تبصر المتون، إضافة إلى تسميات أخرى. فهل نتخيـل كيف يمكن للطالب أن يفهم أن التسميات الثلاث هي للاختبار ذاته وأنها تقصد المعنى نفسه؟

٢ ـ الاختبار المسمى Patte noire يترجمه بعضهم بـ «اختبار القدم السوداء» وآخرون بـ «رائز قدم الخروف السوداء»... إلخ. هنا نكرر الأسئلة السابقة؟

٣ ـ مصطلح Identification يترجم بـ توحد وتقمص وتماهي وتشبّه وتمثّل واستعراف. فأي ضياع لطلابنا الدارسين مع مثل هذه الفوضى؟

نكتفي بهذه الأمثلة البسيطة للدلالة على الآثار السرطانية لفوضى المصطلح العربي، منوهين بأن انعدام التواصل والتعاون العربيين في هذا المجال يحولان دون مجرد الأمل بنجاح أي مشروع تكاملي على المدى المنظور.

---

(١) الثقافة النفسية (مجلة): «وجهاً لوجه: فرج عبد القادر طه ومحمد أحمد النابلسي»، العدد التاسع عشر (١٩٩٤).

٢ ـ نقص الخبرات:

إن مراجعة سريعة للمعطيات المتوافرة لنا من خلال إشرافنا على إعداد **الدليل النفسي العربي** تتيح لنا تسجيل الملاحظات الموثقة التالية:

أ ـ إن عدد الأطباء المسجلين في اتحاد الأطباء النفسيين العرب لا يتجاوز الـ ١٢٠ طبيباً في حين أن عددهم الفعلي لا يتعدى الأربعمائة طبيب، هذا في حين تحتاج خدمات الرعاية الطبنفسية العربية إلى عشرة أمثال هذا العدد. فإذا احتسبنا الأعداد الإضافية التي نحتاجها للتدريس ولقيادة الأبحاث أدركنا أن نقص خبراتنا البشرية يصل إلى حدود الـ ٨٠٪.

ب ـ إن نقص الاختصاصيين النفسيين لا يقل نسبة وخطورة عن نقص الأطباء النفسيين، حيث نعاني نقصاً يبلغ حدود الغياب في فروع نفسية عديدة كالإعاقة والإدمان وتدريب النطق والإرشاد النفسي والعلاج النفسي الذي نجهل العديد من مدارسه جهلاً تاماً إذ نكتفي بمجرد السماع عنها.

ج ـ انعدام التنسيق بين الجامعات العربية وبينها وبين مراكز البحوث مما يفتح الأبواب عريضة أمام السرقات العلمية وأمام هدر الطاقات والجهود البحثية.

د ـ انعدام التعاون العلمي العربي في هذا الميدان وصولاً إلى العجز عن مجرد التفكير ببرنامج دراسي عربي جامع. يكفينا دلالة على ذلك استحالة إتمامنا لدليل الأطباء والاختصاصيين النفسيين العرب بالرغم من اتصالاتنا المتكررة بالجمعيات والمؤسسات والجامعات ونقابات الأطباء العربية.

لكن كيف تنعكس هذه المعوقات والنواقص على صعيد التدريس؟ إن هذه الانعكاسات خطيرة ومتشعبة بحيث نشك بقدرتنا على الإحاطة بها جميعاً. لذا فإننا سنسرد ما عايناه منها تاركين للزملاء المهتمين تقييم هذه المعاينات وإتمامها:

١) ينعكس نقص الخبرات البشرية بصور مختلفة نذكرها دون إعطاء الأمثلة عليها:

أ ـ الاكتفاء بتدريس علم النفس كأحد المقررات الاختيارية.
ب ـ المزج بين التربية وعلم النفس.
ج ـ المزج بين الفلسفة والاجتماع وعلم النفس.
د ـ الاكتفاء بتدريس اختصاص نفسي واحد (غالباً علم النفس التربوي).
هـ ـ كليات عاجزة عن تقديم أي تدريب عملي لطلابها (لا تملك حتى مختبراً مبسطاً).
و ـ جامعات تغامر بفتح أبواب الدراسات العليا من غير أن تملك المقومات الأساسية لهذه الدراسات. وحبذا لو عرضت أطروحات هذه الجامعات للتقييم الموضوعي الحيادي. فمثل هذا التقييم من شأنه أن يشرح لنا سبباً وجيهاً من أسباب بطالة الخريجين ومن أسباب عجز العلوم النفسية عن المساهمة في سيرورات التنمية.

٢) تشتيت جهود الاختصاصيين:

إن ندرة المتخصصين تجبر الاختصاصي العربي على بعثرة جهوده وتوزيعها في شتى الاتجاهات. فهو على الرغم من عدم الاعتراف بفعالية اختصاصه، مطلوب لمهمات التدريس والعلاج والإرشاد

والتوعية والوقاية والتثقيف، الأمر الذي يمنعه من التعمق في أحد هذه المجالات ويفقده قدرته على تطوير نفسه والاستفادة من تجاربه. كما يمنعه ذلك من متابعة تعليم مستمر في مجال معين. هذه التعددية قد تكون مغرية للبعض، لكن البعض الآخر يدرك أنها تستنفده وتحول دون قدرته على مسايرة مستجدات اختصاصه فتحوله نحو الجمود والتقولب. بل إن هذه القولبة تنعكس على طلابه الذين يتحولون أقماراً تدور في فلك معلوماته التي باتت بحكم القديمة المتخطاة.

للإيضاح أكثر نعطي مثال الطبيب النفسي العربي الذي تجبره كثافة الطلب العلاجي على ممارسة الطب النفسي العام. فنراه يعالج جميع حالات العصاب والذهان لدى الأطفال والبالغين والشيوخ كما يعالج حالاتهم النفسدية وأحياناً العصبية. إضافة إلى الدور المطلوب منه كمعالج لإدمان الكحول والمخدرات وكمستشار للشؤون الزوجية وكمعالج للاضطرابات الجنسية... فهل يستطيع هذا الطبيب أن يتخصص في علاج الفصام وحده ويرفض علاج بقية الحالات؟ الجواب هو بالنفي طبعاً، مما يستتبع عجزه عن التعمق والبحث في أي من هذه الميادين.

٣) الاختصاصي والاغراءات:

هذه الندرة تفتح أمام الاختصاصي أبواب الانتقال من موضوعية العلم إلى ذاتية المجتمع بما تحويه من اغراءات بالنجومية الاجتماعية. فالمجال مفتوح أمامه للعمل في مكافحة الإدمان وفي جمعيات مساعدة المعوقين وتنظيم الأسرة وغيرها من النشاطات التي قد لا تكون من ضمن الحاجات الاجتماعية الفعلية بحيث تكون في أدنى سلم الأولويات أو حتى خارجه. أقوى من هذه الاغراءات الاجتماعية تلك الاغراءات التي تشكل جسراً بين الاختصاصي والسلطة. وهذه الاغراءات الأخيرة كفيلة بإخراج الاختصاصي من دائرة اختصاصه بصورة حاسمة.

٤) العصبية بين المدرِّسين والممارسين:

إن حالة الركود التي أشرنا إليها أعلاه تخلق هوة كبيرة بين الاختصاصيين العاملين في التدريس وبين أولئك الممارسين. هذا الخلاف لم يعد سراً في بلادنا العربية، حيث تحولت روح التعاون العلمي إلى أشكال متطورة من السخرية المتبادلة. ففي حين يقيم المدرسون العوائق والحواجز لمنع الممارسين من الدخول إلى الجامعات نرى الممارسين ينظرون بازدراء إلى الخريجين المقولبين بقوالب مدرِّسيهم، حتى لتبدو الحلول الوسطى معدومة الأمل في النجاح. أوليس من المسلمات حاجة الطلاب للتدريب العلمي على يد الممارسين؟ ألا يحتاج كل من المدرسين والممارسين إلى تبادل الخبرات بهدف التطوير والتكامل؟

٥) الخرّيجون ونقص الخبرات:

من الطبيعي أن ينعكس نقص الخبرات والإمكانيات على الخريجين. هذا الانعكاس يختلف من اختصاصي لآخر. ومن بلد لآخر فالطبيب السعودي عبد الرزاق الحمد يقول إن برنامج تدريب الأطباء النفسيين في جامعة الملك سعود بالرياض يعجز عن تخريج أكثر من أربعة أطباء سنوياً، ومثله برنامج كلية الطب في الجامعة اللبنانية. في حين يختلف هذا الوضع في الجامعات المصرية (تعاني درجة أقل من نقص الخبرات) حيث الشكوى من مستوى الخريجين، إذ يصرح الدكتور المصري أبو العزائم أن المستشفيات الجامعية المصرية لا تستقبل مرضى مهتاجين مما يحرم طلابها فرص التدرب على التعامل مع هذه الحالات.

أما في الاختصاصات النفسية ـ النظرية فإن خريجها يقعون في أحد مأزقين أولهما البطالة وثانيهما البطالة المقنعة حيث العمل بدون فعالية إنتاجية أو الهجرة. مثال ذلك ما يشير إليه إحصاء لبناني عن بطالة خريجي كلية علم النفس حيث لا تتجاوز نسبة العاملين في ميدان اختصاصهم الـ ٣٪ من مجمل الخريجين وحيث بطالتهم المقنعة تتجلى بعملهم في التدريس أو في مجالات أخرى لا تمت إلى الاختصاص بصلة.

٣ ـ أزمات الكتاب النفسي العربي:

من الطبيعي أن تؤدي جملة العوامل المذكورة أعلاه إلى اضطرار المدرسين إلى تدريس بعض المواد التي لا تدخل في نطاق اختصاصهم المباشر. هذه الواقعة على محاذيرها منتشرة بصورة كثيفة في غالبية الجامعات العربية، وإن كان بعض تلك الجامعات يحدّ من أضرارها عن طريق اعتماد مراجع جادة في التخصص الدقيق، فيكون تدريس المادة مناسبة مفيدة للمدرّس كي يطور معلوماته ويوسع آفاقه. لكن الأمر يصل إلى مرحلة غاية في الخطورة عندما ينغلق المدرس على معلوماته غير الكافية في الموضوع. فتكون النتيجة ترسيخ الركود الفكري لدى المدرّس وقصور في الإعداد العلمي والتكوين الفكري للطلاب. من هنا تنشأ مجموعة من الأزمات المتعلقة بالكتاب النفسي العربي، هذه الأزمات التي نعاين بعض ملامحها من خلال دراسة إحصائية ـ تحليلية لـ **دليل الكتاب النفسي العربي** والتي قام بها الدكتور حسن الصديق وكتر نصر[1] بيّنت:

أ ـ غلبة الترجمات التجارية حتى تكاد تنحصر في مؤلفين أجانب محدودين أمثال فرويد وداكو وكارينجي وغيرهم ممن نجد عدة ترجمات عربية لكل كتاب لهم. فإذا ما دققنا النظر وجدنا أن غالبية مترجمي هذه الكتب هم من غير المتخصصين.

ب ـ وجود عشرات العناوين لكل مادة مقررة في كليات علم النفس وغالبيتها بعيدة عن الأبحاث المعاصرة والمستجدات في هذه الميادين.

ج ـ بعد استبعاد الكتب المؤلفة والمترجمة من قبل غير المتخصصين وبعد استبعاد الكتب التعليمية وكتب الثقافة العامة نجد أن الكتب الجيدة هي تلك المترجمة في حين نجد ندرة واضحة في الكتب الجيدة المؤلفة من قبل متخصصين عرب.

وتخلص الدراسة إلى وجود هدر هائل في ميدان نشر العلوم النفسية في عالمنا العربي، ومن هنا اقتراحها ضرورة اتخاذ بعض الخطوات الحاسمة للحد من هذا الهدر.

وما دامنا في مجال جرد محتويات المكتبة النفسية العربية فإننا نسجل النقاط التالية:

١) افتقاد هذه المكتبة للمؤلفات الأساسية في علم النفس باستثناء الجهود الفردية لبعض الرواد ونذكر منهم تحديداً: ١) ترجمة زيور وفريقه لمؤلفات فرويد، ٢) ترجمات صلاح مخيمر الجيدة والمتعددة، ٣) ترجمات يوسف مراد وجماعته في علم النفس التكاملي بالإضافة إلى بعض الجهود المبعثرة الأخرى.

---

(١) حسن الصديق وكتر نصر: «دراسة إحصائية تحليلية للإصدارات النفسية العربية» ـ ورقة مقدمة إلى مؤتمر «مدخل إلى علم نفس عربي»، طرابلس ـ لبنان، ١٩٩٤.

إن مجمل هذه الأعمال لا تشكل سوى جزء يسير من التراث النفسي حتى أن عشرات المؤلفين الكبار من مؤسسي المدارس النفسية لا وجود لمؤلفاتهم في مكتبتنا. فعلى سبيل المثال لا الحصر فإننا لا نعرف بوجود أي كتاب مترجم إلى العربية لأحد العلماء التالية أسماؤهم: سوندي وميدونا وكوهلر وديفريه وروهايم وديلي... إلخ. قد يحتج البعض بأن هذه المؤلفات لم تعد معاصرة لكنهم يوافقوننا حتماً على كونها أسساً فكرية وإرهاصات أولية يفيد الباحث من الاطلاع عليها. أو أقله فإنهم يتفقون معنا على كونها أكثر فائدة من مؤلفات غير المتخصصين حيث توصل بعضهم إلى تحليل الشخصية العربية وإلى إرساء نظريات خاصة به.

٢) عدم وجود معايير ثابتة للنشر. فلدى مراجعتنا للمكتبات الأجنبية نجد أن الدور المتخصصة تحافظ على مستوى مخاطبة علمي محدد من خلال تحديدها المعايير المناسبة لجمهور قرائها. أما الدور غير المتخصصة فإنها تصدر سلاسل خاصة تمتاز أيضاً بخضوعها لمعايير دقيقة، بحيث يمكن للقارىء أن يحدد مستوى الكتاب العلمي ومستوى مخاطبته من خلال تعرفه إلى الدار الناشرة. في المقابل نجد أن دور النشر عندنا وحتى مشاريعنا الثقافية، المعتبرة كبرى، مفتقدة لهذه المعايير، فنراها تنشر حيناً كتاباً مترجماً من أئمة الكتب المعاصرة لتعود فتنشر كتاباً لا يعدو أن يكون مجرد أطروحة جامعية يحتاج معدها إلى عدة سنوات من العمل الجاد حتى يدخل عالم البحث والأبحاث.

٣) الارتباط المباشر بالسياسة التسويقية للناشر، حتى بات انتشار الكتاب رهناً بهذه السياسة بغض النظر عن القيمة العلمية الموضوعية للكتاب، ناهيك عن الميل إلى التركيز على جمال الغلاف والإخراج وعلى العنوان الأكثر جاذبية وذلك على حساب المضمون. هذه المنافسة التسويقية تفرض أعباء ضخمة على مشاريعنا العلمية الرصينة، حيث تضطر إلى توزيع إصداراتها بأسعار متدنية، لتعويض تفوق المسوّقين التجاريين، مما يؤدي إلى تحملها خسائر كبيرة كان من الممكن توظيفها في مجالات أكثر فائدة ومردوداً. حتى هنا نلاحظ أن شطارة التسويق تُستبدل بشطارة الولوج إلى هذه المشاريع الثقافية. وهذه الشطارة الأخيرة إنما هي وليدة مجموعة الأسباب التي تعيق أي تعاون علمي عربي جامع في الميدان النفسي أو في غيره من الميادين.

٤) الثالوث العظامي (البارانويائي) واقطابه قارىء يشكو الغلاء ورداءة الشكل والمحتوى، ومؤلف يشكو ناشراً يهضم حقوقه وقارئاً جاحداً، أما ثالث الأقطاب فهو الناشر الذي يشكو من بلادة القارىء وطمع المؤلف.

٤ ـ المناهج والأسر العقلي:

تعتمد المناهج النفسية على خلفيات فكرية ـ فلسفية شأنها في ذلك شأن مناهج سائر العلوم الإنسانية، هذه المناهج التي يشبّهها البعض بحصان طروادة الذي يتسلل الفكر الغربي عن طريقه إلى بنيتنا الاجتماعية ـ الثقافية ليخلق حالة فصامية تفككية بين طريقتنا في العيش وبين رغبتنا في المعاصرة. لا بل كانت هذه المناهج تأسيساً لقناعة قسم من مثقفينا باستحالة تطوير أسلوب عيشنا بصورة تنسجم مع رغبتنا في المعاصرة. فإذا كان من الممكن استيراد القوالب الفكرية الجاهزة في أكثر من ميدان من ميادين العلوم الإنسانية (مع تجاهل خطر هذا الاستيراد) فإن هذا الاستيراد مستحيل في ما يتعلق

بالعلوم النفسية، حيث تعريف الإنسان الطبيعي[1] هو: «ذلك الشخص الذي يستطيع تحقيق أعلى درجات التكيف مع محيطه توصلاً إلى تحقيق سعادته بما يعود بالفائدة على مجتمعه بالصورة الأفضل».

بعد هذا التعريف لنأخذ مثال الإنسان السوي الذي يتعرض لأزمة ما تدفعه إلى طلب العلاج النفسي. هنا نجد أنه سيخضع لعلاج يعتمد أحد المناهج الأجنبية. هذا الشخص سيُفاجأ بكون العلاج يبدأ بدعوته إلى التخلي عن أسلوب عيشه الأساسي واستبداله بأسلوب آخر للعيش. غني عن القول إن مثل هذه الدعوة تشكل عبئاً ثقيلاً على الشخص لأنها صادرة عن اختصاصي يُفترض به القيام بدور الناصح المتبصر بالأمور. كما أن هذه الدعوة تشكل بحد ذاتها موقفاً معادياً للمجتمع واتهام أعضائه بالجنون الجماعي.. هذا العداء الذي يصدر من اختصاصي يفترض فيه مساعدة الأشخاص على التكيف مع واقعهم ومجتمعهم وصولاً بهم إلى تحقيق سعادتهم بما يعود على المجتمع بالنفع والفائدة. عند هذا الحد نلاحظ توزع اختصاصيينا العرب بين المواقف التالية:

أ ـ **الأسر العقلي الكامل**: هؤلاء الاختصاصيون يصرّون على تعديل قيم المجتمع وتقاليده وجهاز قيمه بما يتلاءم مع المنهاج الذي يأسر عقولهم والذي يرفضون تعديله.

ب ـ **التعديل الفردي العشوائي**: يعتمد هؤلاء الاختصاصيون مبدأ ضرورة التعامل مع الواقع العيادي والاجتماعي وضرورة التكيف معه. فنراهم يُدخلون بعض التعديلات السطحية على المنهاج، وهم قد يتحولون بعد تجاربهم إلى درجة من النضج الأكاديمي تساعدهم على اجراء وإرساء تعديلات منهجية تقلل من عشوائية تعديلاتهم الأولية على المنهاج.

ج ـ **الموقف الهروبي**: ويتجلى بالتهرب من مواجهة واقعة عدم صلاحية المنهاج للتطبيق. فنراهم يعتمدون أحد الحلول الهروبية مثل الهجرة والانغماس في النواحي النظرية والاكتفاء بتدريس المنهاج تدريساً نظرياً... إلخ.

د ـ **موقف التمرد النرجسي**: حيث يلجأ الاختصاصي إلى تكريس قناعاته بضرورات تعديل ذلك المنهاج عن طريق العمل بمبدأ التكامل بين تجاربه وبين تجارب الآخرين. لكن تحقيق هذا التكامل تعوقه كل العوامل المعروضة أعلاه. أمام هذه المعوقات يتجلى التمرد النرجسي بالدعوة إلى تعريب أو أسلمة العلوم النفسية (والإنسانية إجمالاً). لكن هذه الدعوات بقيت مجرد دعوات لقناعة أصحابها باستحالة تحقيق التكامل وصولاً إلى اكتفاء كل داع من هؤلاء الدعاة بعرض آرائه وملاحظاته من خلال قنوات النشر المتوافرة له.

لهذه الأسباب مجتمعةً تجنب مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية التورط في طرح دعوة أخرى إلى تعريب العلوم النفسية. فهو قد اكتفى بعقد مؤتمرات تحت شعارات: «نحو علم نفس عربي»[2] و«مدخل إلى علم نفس عربي» في محاولة لتحقيق الاتصال بين دعاة التعريب كخطوة على طريق التكامل بينهم. مع طرح مجلة **الثقافة النفسية** كمنبر أكاديمي عربي جامع لدعم هذه الخطوة التي أتاحت لنا تصنيف دعاة التعريب في خانات مختلفة تشترك جميعها في عارض أساسي هو الإحباط.

---

(١) محمد أحمد النابلسي: **الطب النفسي والتربية**، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

(٢) نشرت أعمال هذا المؤتمر في **الثقافة النفسية**، العدد العاشر (١٩٩٢).

إنطلاقاً من خبرتنا المستمدة من هذه الأعمال، عمد مركز الدراسات المذكور إلى تبني خطة عمل تعيد وصل العلوم النفسية بالعلوم الإنسانية لأن هذه الأخيرة تلعب دوراً معيارياً هاماً وأساسياً في تحديد عوامل السواء وأعراض المرض. من هنا كان تعديل المناهج مرتبطاً بالميادين التالية:

أ ـ **التراث النفسي**: وهو غني بالمصطلحات القابلة للاستخدام ولإعادة الاستخدام. كما أنه غني بالتجارب النفسية والطبنفسية إضافة إلى اقتراحات العلاج النفسي بالأعشاب. في هذا المجال التراثي نشرت **الثقافة النفسية** حوالى الثلاثين بحثاً توزعت على عشرين عدداً.

ب ـ **علم النفس اللغوي**: حيث الاضطرابات اللغوية المميزة للأمراض النفسية وحيث دور اللغة كأداة للتموقع في الزمان والمكان، كما أن هنالك اضطرابات النطق والحديث وسيلانه. وقد حظيت هذه المواضيع بمساحة كافية لها في أعداد **الثقافة النفسية** المختلفة.

ج ـ **الفلسفة**: حيث ضرورة تعرف الاختصاصي النفسي إلى المنطلقات الفلسفية لكل منهاج من المناهج النفسية السائدة، من براغماتية المدرسة السلوكية إلى لابراغماتية التصنيف الأميركي للأمراض العقلية، مروراً بظواهرية بنزفانجر ومينكوفسكي وصولاً إلى بنيوية لاكان ومارتي... إلخ.

د ـ **علم الاجتماع** بفروعه المتعددة ذات التماس المباشرة مع اللاوعي الجماعي بتمظهراته الطقسية.

هـ ـ **علوم الاتصال** وخصوصاً الجانب المقارن عبر الحضاري منها.

هذا طبعاً بالإضافة إلى سائر الفروع النفسية التي تتداخل في ما بينها على صعيد المنهاج وتتباعد على صعيدي التطبيق والممارسة.

٥ ـ المواضيع والأسر العقلي:

إن الشلل الناجم عن عدم تعديل المناهج بما يتوافق مع الواقع البيئي ـ الثقافي يؤدي إلى عقم محاولات التصدي لدراسة أزمات هذا الواقع، هذا العقم يجب أن يكون إشارة خطر تدل على انعدام فعالية المناهج. لكن المؤسف فعلاً هو تحول ميادين بحوثنا النفسية نحو أزمات المجتمعات الأجنبية مع تجاهل تام لأزماتنا الحقيقية ولجدول أولويات هذه الأزمات. هنا نكتفي بهذه الملاحظة متجنبين إعطاء الأمثلة، تاركين للقارىء مراجعة مواضيع إصدارات مركز الدراسات النفسية ومواضيع الأطروحات الجامعية المعدة في جامعاتنا العربية.

٦ ـ جدول الأولويات:

من خلال مناقشات معمقة مع مختلف الأطراف المعنية بالعوامل المعوِّقة المشار إليها أعلاه، عمد مركز الدراسات النفسية (م. د. ن) إلى تبني خطة عمل تكرست في عقده لمؤتمره الأول تحت شعار «نحو علم نفس عربي». عن هذا المؤتمر صدرت مجموعة من التوصيات على شكل جدول أولويات يتضمن النقاط التالية:

أ ـ **تسهيل التواصل بين الاختصاصيين في البلد العربي الواحد، وبينهم وبين زملائهم في البلدان العربية الأخرى**، على أن يكون ذلك من خلال قنوات منظمة وجدية. بناء عليه، عمل المركز

على تحقيق هذه الأولوية من خلال الخطوات التالية:

١ ـ إعداد ونشر الدليل النفسي العربي على أجزاء في مجلة **الثقافة النفسية** ومن ثم نشره بشكل كتيب مع دعوة الأعضاء العرب في المركز إلى مراجعة المعلومات المتعلقة ببلادهم.

٢ ـ تأسيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية كخطوة أولى نحو تكامل جهود الاختصاصيين اللبنانيين في هذا المجال.

٣ ـ تكريس مجلة **الثقافة النفسية** كوسيلة تواصل وتعزيز هيئة تحريرها بهيئة استشارية تضم العديد من أعلام الاختصاص في مختلف البلاد العربية.

٤ ـ الدعوة إلى مؤتمر «مدخل إلى علم نفس عربي» وتكريس تقليد المركز في إقامة مؤتمره مرة كل سنتين.

ب ـ توحيد المصطلحات: على طريق إرساء لغة خطاب عربية جامعة في الميادين النفسية عمد المركز إلى نشر معاجمه الثلاثة: ١) الطب النفسي، ٢) علم النفس، ٣) التحليل النفسي والسيكوسوماتيك. وقد تم هذا النشر في مجلة **الثقافة النفسية** لطرح هذه المصطلحات للمناقشة مع قراء المجلة والمهتمين من اختصاصيينا كافة. كما تعمل لجنة المصطلح في المركز حالياً على إخراج هذه المعاجم بطبعة تجريبية طمعاً بمزيد من التشاور والمشاركة من الزملاء العرب. هذا مع الإشارة إلى أن انتقاء المصطلحات قد تم بناءً على قواعد محددة ومنشورة في بداية كل معجم. كما ننوه هنا بجهود لجنة التدقيق اللغوي التي نشرت «المعجم الجنسي في لسان العرب». هذا المعجم الذي يضع في متناول الباحثين العرب مجموعة غنية من المصطلحات التراثية الدقيقة القابلة للاستخدام المعاصر والحاسمة للجدل.

ج ـ التعاون العلمي العربي: حيث يساهم المركز في هذا المجال من خلال القنوات المتاحة له ومنها:

١ ـ دعوة الاختصاصيين العرب إلى الموسم الثقافي (يقيمه المركز سنوياً أثناء العام الدراسي بمشاركة الجامعة اللبنانية ـ طرابلس) والذي يستضيف الاختصاصي العربي كمحاضر يعرض ما تراكم لديه من خبرات في خصوصية الممارسة في البيئة العربية.

٢ ـ عقد ندوات تنشرها مجلة المركز ـ **الثقافة النفسية** وتتناول المواضيع المدرجة كأولويات.

٣ ـ تشجيع الإنتاج الجيد والتعريف به في المجلة وفي وسائل الإعلام اللبنانية والعربية.

٤ ـ نشر تقارير علمية عن المؤتمرات النفسية المنعقدة في العالم العربي (في مجلة المركز).

٥ ـ نشر مقابلات مع علماء النفس العرب من مقيمين ومغتربين[1] (في مجلة المركز).

٦ ـ المشاركة في الدراسات المقارنة عبر العربية.

٧ ـ المشاركة في النشاطات العربية الجامعة.

---

(١) نشرت **الثقافة النفسية** مقابلات مع: جمال أبو العزائم وفرج عبد القادر طه وعبد الرحمن عيسوي وعادل عز الدين الأشول ونادية وافي وسهير توفيق وأحمد أبو العزائم (مصر) وجايمس بيشاي (مصري مغترب في الولايات المتحدة) وأحمد عبد الخالق ولطفي الشربيني (الكويت) وأسامة الراضي وعبد الرزاق الحمد (السعودية).

د ـ **تدريس العلوم النفسية**: إن هذا الموضوع مرتبط مباشرة بكافة النقاط المعروضة أعلاه. لكن عدم حيازة المركز لصفة المعهد دفعته إلى تبني مبدأ «التعليم المستمر». وفي هذا المجال حقق المركز ما يلي:

١ ـ نشر سلسلة كتب الثقافة النفسية وهي سلسلة مترجمة للأعمال الأجنبية المعاصرة. هدف هذه السلسلة تعريف الاختصاصي العربي على التيارات والأبحاث النفسية المعاصرة.

٢ ـ تقوم الثقافة النفسية بنشر المواضيع التالية:

- ترجمة ملخصات البحوث المنشورة في مجلة **التصوير العصبي**(١).
- ترجمة مقتطفات من البحوث المقدمة في المؤتمرات العالمية(٢).
- ترجمة منتخبات من الصحافة الاختصاصية العالمية.
- مقابلات مع كبار الاختصاصيين العالميين(٣).
- يختص ملف كل عدد بموضوع معين.

٧ ـ اقتراحات الحلول:

من مجمل ما تقدم يتضح لنا عمق أزمات العلوم النفسية وأزمات تدريسها في عالمنا العربي. فإذا كنا نتبنى جدول الأولويات المطروح من قبل (م. د. ن.)، فإننا ندرك في الوقت نفسه مدى براغماتيته في التعامل مع هذه الأزمات التي تحتاج إلى حلول جذرية لها. بناء عليه نقترح ما يلي:

أ ـ **توحيد المصطلحات ونشر «معجم المصطلحات النفسية الموحدة»** من قبل هيئة عربية جامعة مثل المنظمة العربية للتربية والعلوم أو مجلس وزراء الصحة العرب أو غيرها. على أن يتم وضع هذا المعجم بالتفاهم بين المجامع اللغوية العربية وبين المعجميين النفسيين العرب وبالتشاور مع كبار الأساتذة العرب مع فتح باب الاجتهاد والمراجعة.

ب ـ **إقامة علاقات التعاون والتبادل العلمي بين الجامعات العربية وبينها وبين الجامعات ومراكز البحوث العالمية**. مع إمكانية قيام المجلس الأعلى للجامعات العربية بتنسيق هذه العلاقات.

ج ـ **إنشاء مجلس عربي أعلى للبحوث النفسية**. قد ينبثق عن جمعية نفسية عربية جامعة أو عن مجلس الجامعات العربية أو عن إحدى الهيئات العربية الجامعة الأخرى. على أن يتولى هذا المجلس مهمة تقييم مستويات الدراسة في مراحلها المختلفة في الجامعات العربية. كما يتولى مهمة تقييم الإصدارات النفسية العربية بوضع قواعد محددة لإدراج هذه الإصدارات أو إسقاطها من لائحته التي ينشرها سنوياً، الأمر الذي يحد من فوضى النشر ويساعد القارىء العربي على انتقاء مصادر معلوماته.

---

(١) Psychatry Research - *Neuroimagining revue.*

(٢) من هذه المؤتمرات:
ـ المؤتمر الدولي الثامن والعشرون للمحللين النفسيين. ـ المؤتمر الدولي لطب نفس الشيخوخة. ـ المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي. ـ المؤتمر الدولي الخامس لعلم النفس الفيزيولوجي.

(٣) نشرت الثقافة النفسية مقابلات مع الأساتذة: Moussong E.K., Marty P., Fanti S., Devreux G., Grant J., Szondi L., Lacan J., Montain B., Jouvet M., Roth M., Burrows G.D., Katsching H.

د ـ العمل على تعديل التصنيفات الأجنبية للاضطرابات العقلية بما يتلاءم مع ظروفنا الحضارية الخاصة.

هـ ـ العمل على تعديل الاختبارات النفسية الأجنبية وإسقاط القديم منها. مع التشجيع على إنتاج اختبارات عربية خالصة.

و ـ تسهيل اطلاع الاختصاصيين، العاملين في التدريس خصوصاً، على مستجدات الاختصاص، وذلك بتأمين المجلات والمراجع الأجنبية اللازمة وتسهيل إمكانيات التواصل مع الجامعات ومراكز البحوث، بما في ذلك التشجيع على المشاركة في المؤتمرات العالمية.

الفصل التاسع

عصاب الكارثة في العيادة العربية

تُشكّل الحرب الميدان الرئيسي لإساءة استخدام العلوم، حتى باتت إساءة الاستعمال هذه شاملة للعلوم الإنسانية وخصوصاً علم النفس والطب النفسي. هذا الواقع يقتضي إعادة نظر منهجية في دور المعالج النفسي في حالات الحرب، خصوصاً وأن هذا الدور يطرح إشكاليات أخلاقية بالغة التعقيد في حالة الحرب الأهلية. وفي غياب تحديد المعايير الأخلاقية لهذا الدور، يبقى الطبيب النفسي أمام مسؤولية أخلاقية تتمثل بتقديم العلاج لضحايا الحرب وللمصدومين بسببها.

١ ـ أهمية دراسة عُصاب الحرب

يشهد العالم المعاصر إعادة نظر شاملة في جغرافيته السياسية مما ينعكس في عالمنا العربي تهديداً للعديد من البراكين الخامدة بالانفجار مجدداً. وبمراجعة خارطة العالم العربي، نلاحظ أن الحروب الأهلية والعربية ـ العربية تهدد معظم أرجائه. كذلك نلاحظ تنامي احتمالات تفجر الصراعات مع الدول الأخرى. كما نلاحظ، في المقابل، غياباً يكاد يكون كلياً للأبحاث العربية في ميدان علم نفس الحروب والكوارث، في حين تطورت الدراسات الأجنبية في هذا الميدان وصولاً إلى قيام جمعيات نفسية عالمية وإلى صدور دوريات عالية متخصصة في نشر هذه الأبحاث ومنها **مجلة الشدة الصدمية** ***Journal of traumatic stress***. فإذا ما راجعنا أعداد هذه المجلة، لا نجد فيها بحثاً عن المعاناة الصدمية للعرب، بالرغم من غنى واقعنا الكارثي بالصدمات والمصدومين.

٢ ـ تعريف العُصاب الصدمي ـ عُصاب الكارثة

العصاب الصدمي أو الصدمة النفسية أو اضطراب الشدة عقب الصدمية، هي تسميات مختلفة لمجموعة المظاهر النفسية والجسدية التي تظهر لدى الفرد عقب إحساسه بتهديد مباشر لحياته، هذا التهديد الذي يُشكّل كارثة فردية بالنسبة إلى الشخص موضوع التهديد. لذا نفضل الحديث عن عصاب الكارثة ونقترح له التصنيف التالي:

أ ـ الكارثة التي تأتي من تهديد خارجي مفاجىء ومكثف وغير ممكن تجنبه، بحيث أنها تهدد التكامل النفسي ـ الجسدي للشخص. مثل هذه الكارثة نجدها في حالات الحروب وأحداثها الدرامية. كما نجدها في حالات الكوارث الطبيعية (مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير والأوبئة. . . إلخ). من هنا تقسيم هذه الفئة من الكوارث إلى مجموعتين: ١) الكوارث الاصطناعية، ٢) الكوارث الطبيعية.

ب ـ الكارثة التي تأتي من الداخل (داخل الجسم) بشكل خفي وبطيء، فتؤدي إلى تهديم الجسم وتهديد الحياة. في هذه الفئة نصنف الكوارث الناجمة عن أمراض جسدية خطرة ومهددة للحياة، كما نصنف فيها حالات الوسواس المرضية حيث يكون التهديد وهمياً.

ج ـ الكارثة التي تكمن على صعيد العلاقات الشخصية للفرد، حيث يؤدي اضطراب هذه العلاقات إلى وضع كارثي أصعب من الموت (بالنسبة إلى الشخص) فنراه يحاول الانتحار واضعاً إرادياً نهايةً لحياته. في هذه الفئة، تدرج الكوارث المعنوية بما فيها تجارب فقدان الأعزاء والتماهي بالأموات.

د ـ الكارثة التي تهدد التكامل العقلي للشخص (الخوف من أن يصبح مجنوناً) سواء أكان هذا التهديد حقيقياً كما هي الحال لدى المرضى العقليين، أم كان وهمياً كما هي الحال لدى المعانين من الوساوس المرضية.

٣ ـ بين القلق والصدمة

يُشكّل الخوف من الموت أكثر أشكال القلق تطوراً، وبالتالي فإن الشعور بتهديد الحياة هو أكثر مولدات القلق حدة. من هنا كان من الطبيعي تصنيف العصاب الصدمي في خانة اضطرابات القلق. لكن هذا التصنيف كان مصدراً لإرباك فرويد[1]، حيث ينجم العصاب الصدمي عن كارثة حديثة العهد (راهنة)، الأمر الذي يتعارض مع النظرية التحليلية القائلة بأن جذور العصاب تعود إلى صدمات عائدة إلى عهد الطفولة. لذلك رأينا فرويد يتكلم عن صدمة الولادة ويعتبرها أولى تجارب القلق في حياة الفرد. ثم جاء تلميذه اوتو رانك ليشدد على أهمية صدمة الولادة ويعتبرها النموذج الذي تنسج على غراره تجارب القلق اللاحقة[2]. لكن الوقائع العيادية أجبرت فرويد وأتباعه على تغيير موقفهم ودفعت بفرويد إلى إفراد خانة خاصة للأعصبة التي أسماها بالراهنة. فإذا ما تتبعنا أعمال فرويد، وجدنا أنه لم يميز مجموعة الأعصبة الراهنة دفعة واحدة، بل إن هذا التمييز أتى تدريجياً مما يعكس الإرباك الذي سببته هذه الأعصبة لواضع النظرية التحليلية. فقد بدأ حديث فرويد عن الأعصبة الراهنة في العام ١٨٨٤. وفي حينه، أدرج فيها الاضطرابات الجنسية ـ الفيزيولوجية. ثم عاد فأدرج فيها كل من النوراستانيا (الوهن النفسي) وعصاب القلق، حتى العام ١٩١٤ حين تم إدراج عصاب الوساوس المرضية (المراق) كثالث الأعصبة الراهنة. في ذلك يقول فرويد: «أجد نفسي مدفوعاً لتصنيف وساوس المرض إلى جانب النوراستانيا وعصاب القلق كثالث الأعصبة الراهنة». لكن فرويد ما لبث أن أدرج العصاب الصدمي كرابع الأعصبة الراهنة، وكان ذلك قبيل وفاته.

إن المراجعة الموضوعية لأدب التحليل النفسي المتعلق بالأعصبة الراهنة، يدفعنا إلى القول إن سحابة من الغموض ومن انعدام الدقة تطغى على هذا الأدب. فعصاب القلق، في مفهومه التحليلي، ليس إلا شكلاً من أشكال النوراستانيا. أما عصاب الوساوس المرضية فهو مزيج من تطور الأعراض الجسدية للنوراستانيا مع أحد أشكال العصاب الصدمي. فإذا ما راجعنا الفئات الأربع للكوارث،

---

(١) مارتي، بيار ومشاركوه، بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية، سلسلة كتب الثقافة النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

(٢) Rank, O.: *Le traumatisme de la naissance*, Paris, P.U.F.

لوجدنا أن هذه الفئات هي الأكثر موضوعية بالمقارنة مع تصنيف الأعصبة الراهنة المطروح من قبل المحللين. بهذا نصل إلى القاعدة العيادية القائلة إن الكارثة هي أهم مولدات القلق وأعنفها بحيث تترافق الصدمة الناجمة عن الكارثة، مع أكثر نوبات القلق حدة سواء على الصعيد النفسي أو الجسدي.

٤ ـ تطور مفهوم الصدمة

يذكر هيرودوتس قصة المحارب الأثيني الذي أصيب بالعمى نتيجة مجابهته لعدو ضخم الجثة. هذه القصة هي في الواقع أولى الحالات المدوّنة حول حالة «العمى الهيستيري». لكن الطابع الأدبي لهذه القصة يفقدها قيمتها الابيستمولوجية.

بعد هذه القصة، يقفز الباحثون إلى العام ١٨٨٤ حين أطلق العالم اوبنهايم مصطلح العصاب الصدمي. لكننا لا نوافق على هذه القفزة التي تتجاهل تطور مفهوم الصدمة عبر آلاف السنين. فقد كان للحضارة العربية مساهمتها في تطور هذا المفهوم، هذه المساهمة التي نرفض تجاهلها بسبب قيمتها الموضوعية. ولعل أبرز وجوه هذه المساهمة تلك التجربة التي أجراها ابن سينا[١]، والتي تكلمنا عنها في الفصل السابع من هذا الكتاب.

إن هذه التجربة تعكس الفكر التجريبي لدى علمائنا كما أنها تكـرس ابن سينا كـأول دارس تجريبي لعصاب الصدمة ولانعكاساته النفسية ـ الجسدية (البسيكوسوماتية) التي تبلغ حدود الموت تحت أثر الشدة.

نأتي الآن إلى دور اوبنهايم الذي أطلق في العام ١٨٨٤ تسمية العصاب الصدمي على وضعية الشعور بتهديد الحياة. كما كان له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب، من خـلال دراسته لآثـاره النفسية لدى مجموعة من الأشخاص الذين تعرضوا لحادثة قطار أرعبتهم إذ وضعتهم في مواجهة تهديد الحياة

من جهته، عارض شاركو[٢] Charcot طروحات اوبنهايم معتبراً أن الأسباب النفسية التي يشير إليها اوبنهايم، هي شكل من أشكال الهيستيريا أو الهيستيريا ـ النوراستانيا المتفجرة بسبب الصدمة. بهذه المعارضة، يكون شاركو قد طرح الإشكالية الأساس في مفهوم الصدمة وخلاصتها: «هل أعراض ما بعد الصدمة تعود إلى الشخصية الأساسية واضطراباتهـا المتفجرة بمنـاسبة الصـدمة، أم أن هـذه الأعراض هي نتيجة فعلية للصدمة؟».

إننا، في الواقع، لا نملك حتى اليوم، الأجوبة الحاسمة عـلى هذه الأسئلة. فلدى مـراجعتنا للحالات الصدمية المنشورة، يمكننا أن نجد أعراضاً من نوع القلق والعياء والرهاب والعجز الجنسي وبعض العوارض المشتركة مع الحالات العُصابية (النفسية) Psychonevrose وغيرها من الأعراض التي تدفعنا إلى تحري اضطرابات الشخصية الأساسية (أي العلائم العصابية في الشخصية قبل التعرض للصدمة)، وتدعونا إلى الجزم بكونها على علاقة بـاضطرابـات الشخصية وعـلائمها العصـابية قبـل

---

(١) النابلسي ومرحبا: «ابن سينا مؤسس البسيكوسوماتيك». ورقة مقدمة إلى مؤتمر تاريخ العلوم عند العرب ـ جامعة حلب ومنشورة في مجلة الثقافة النفسية، العدد السادس ١٩٩١.

(٢) Charcot, J.M.: *Leçons sur l'hystérie virile*, Paris, éd. Sycomore, 1984.

الصدمة. لكننا نلاحظ، في المقابل، أن هذه الأعراض تجد تفسيرها، في بعض الحالات، من خلال ظروف الكارثة ووضعية الصدمة المرافقة لها. كما يمكنها أن تعود إلى الإيحاء أو التقليد أو إلى نقطة الاستدعاء العضوية (كما في حالة المصابين إصابة جسدية أثناء الكارثة) أو إلى معنى رمزي يمكنه مساعدة المصدوم على مواجهة الكارثة.

عند هذا الحد، لا بد لنا من مناقشة موضوع اضطرابات النوم التي تلازم وضعيات الصدمة والتي يمكنها أن تكون منطلقاً لظهور الأعراض الذهانية العابرة وليس فقط الأعراض العصابية. صحيح أننا ما زلنا عاجزين عن التحديد الدقيق لفيزيولوجية هذه الاضطرابات، لكننا نملك البراهين على أثرها وتأثرها بالمعايشة النفسية عامة. بل إننا نملك البراهين على تأثير الأوضاع الصدمية سلباً على إفراز المادة الدماغية المحدثة للنوم الطبيعي. لكن هذه المعطيات لا تقدم الأجوبة على الأسئلة المطروحة أعلاه، بل إنها تزيد الإشكالية تعقيداً بإدخالها بُعداً جديداً لها[1].

٥ ـ عُصاب الحرب

الحرب هي كارثة من أقسى الكوارث المتكررة منذ وجد الإنسان والمرتبطة مباشرة بالموت. هذه الكارثة تمتاز بكونها تخلِّف محيطاً مهدداً بالموت، بحيث يطال هذا التهديد أعداداً كبيرة من البشر ويترافق مع فقدان الأعزاء من أهل أو أقارب أو أصدقاء. بل إن هنالك شعوراً عاماً متنامياً مفاده أن الحرب تهدد البشرية جمعاء، لدرجة بناء ملاجىء للحرب النووية وغير ذلك من ممارسات الرهاب من الحرب.

لكن نظرة موضوعية مرفقة بمراجعة إحصائية، تبين لنا أن ضحايا الحروب عبر التاريخ كانوا قلّة بالمقارنة مع أعداد ضحايا الأوبئة مثل الطاعون والسل والتيفوئيد والايدز، مما يدفعنا إلى طرح السؤال عن أسباب تركيز الاهتمام على عصاب الحرب حتى بات هذا العصاب من أولويات دارسي الكوارث.

إن هذه الأسباب كثيرة نختصرها على النحو الآتي:

أ ـ في حالة الحرب، تكون الكارثة اصطناعية إذ يوجد عدو مهدِّد للحياة ومعروف بشكل واضح، على عكس العدو الرمزي الموجود في حالات الأوبئة وغيرها من الكوارث الطبيعية، بحيث يتم توجيه مشاعر الغضب والرغبات الانتقامية باتجاه العدو المعروف، الأمر الذي يعطي لهذه المشاعر والرغبات طابع الاستمرارية ويزيد في صدى المعاناة، بما في ذلك ارتفاع نسب ظهور آلية التماهي (التوحد) بالمعتدي.

ب ـ إن كارثة الوباء هي أكثر استدعاء للتثبيتات Fixations من كارثة الحرب، إذ إن الأولى غير ممكنة التجنب بصورة جذرية، في حين أن هذا التجنب ممكن في حالات الحرب عن طريق الهجرة مثلاً.

ج ـ بالنسبة إلى «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة» فإنه يكون أكثر حدة لدى الناجين من الحروب منه لدى الناجين من الأوبئة. فالإصابة بالوباء هي قدر تتحكم به الماورائيات، وبالتالي فإنه لا

(١) DSM III-R: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, A.P.A. - 1987.

يستدعي مشاعر الذنب بقدر ما تستدعيها ظروف الحرب حيث الضحايا هم ضحايا لعدو معروف ومشترك.

د ـ إن ردود الفعل الهيستيرية تكون أكثر حدّة وعمومية في كارثة الوباء حيث يحس المصابون بأن لا حول لهم ولا قوة في مقاومة عدوان الكارثة. من هنا لجوؤهم إلى المظاهرات الهيستيرية يفرجون من خلالها قلقهم العارم وعجزهم، في حين ينهمك المتعرضون لكارثة الحرب بمهام من نوع المقاومة والمواجهة ومحاولات تخطي الأزمة، وصولاً إلى اللجوء للحيلة الدفاعية المسماة بالتماهي بالمعتدي وغير ذلك من الاهتمامات التي من شأنها أن تحدّ من عنف ردود فعلهم الهيستيرية.

في نهاية هذه المقارنة، لا بد لنا من التنويه بأن الموت الشخصي هو أكبر الكوارث بالنسبة إلى الفرد. من هنا فإن عنف الصدمة يرتبط مباشرة بمدى جدية إحساس الضحية بالتهديد الفعلي والحقيقي لحياتها. فكلما كان هذه الإحساس أكثر حدّة كلما تقاربت ردود فعل الضحايا بغض النظر عن الكارثة مصدر التهديد.

لكننا، وبعد هذه المقارنة، نعود لنطرح السؤال عن أسباب تركيز الاهتمام على عُصاب الحرب، فنجد في طليعة هذه الأسباب أن عُصاب الحرب ينتمي إلى ميدان علم النفس العسكري، وبالتالي فإنه يتمتع بدعم المؤسسات العسكرية ويستند إلى الخلفيات الوطنية المحلية لهذه المؤسسات.

كما نورد سبباً آخر، وهو الطبيعة الميدانية لعصاب الحرب، إذ يلاحظ الباحث الانتشار الوبائي لهذا العصاب في زمن الحرب مما يضعه أمام مسؤوليات تشخيصه وعلاجه. فلو عدنا إلى مطلع القرن الحالي، لوجدنا أن دراسات العصاب الصدمي كانت تقتصر على الصعيد الفردي. ومع بداية الحرب العالمية الأولى، وجدنا الأطباء يواجهون انتشار مجموعة من الأوبئة النفسية التي ما لبثوا أن أطلقوا عليها تسمية «عصاب الحرب». فعلى الجبهة الألمانية، سجل الأطباء إصابة أعداد كبيرة من الجنود الألمان وبعض المدنيين بداء الارتجاف الهيستيري. هذا الذي يبدو في ظاهره وكأنه إصابة دماغية. لكن الأطباء سجلوا فشل كل أنواع العلاج (المتوافرة في حينه) في تحقيق أي تحسُّن في الحالات، في حين نجح العلاج النفسي في شفاء هذه الحالات. وهذا النجاح كان منطَلقاً للعلاج النفسي الجماعي، ذلك أن الأعداد الكبيرة للمرضى لم تكن لتسمح بعلاجهم بصورة فردية[1].

هكذا كانت بدايات الاهتمام بعُصاب الحرب، هذه البدايات التي تدعمت بعد الحرب الأولى من خلال علاج أسرى هذه الحرب. وجاءت الحرب العالمية الثانية لتضع الباحثين أمام أشكال جديدة لعصاب الحرب، فقد تراجعت ردود الفعل الهيستيرية لدى المقاتلين لصالح ردود الفعل النفسية ـ الجسمية (البسيكوسوماتية)، إذ سجل الأطباء في كلا الجبهتين ارتفاع الإصابات بالقرحة، خاصة ارتفاع الضغط وغيرها من الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ. وهذا الانتقال من الهيستيري إلى البسيكوسوماتي كان سبباً في إرباك المعالجين النفسيين، وهو طرح عليهم مجموعة من الأسئلة التي لم تجد إجاباتها لغاية وقتنا الحاضر. لكن طرح الأسئلة هو السبيل إلى المعرفة. من هنا فإن هذه الأسئلة قد ساهمت في دفع الباحثين إلى التعمق في ميادين البسيكوسوماتيك وفيزيولوجية القلق والعلاج الجماعي والشدة... إلخ.

---

(١) انظر: Saada, D.: *Introduction à l'œuvre de P. Marty* (محاضرة أُلقيت في جامعة باريس السابعة، ١٩٧٨).

بعد الحرب العالمية الثانية، تحول اهتمام دارسي الكوارث نحو «إعادة تأهيل الأسرى»، خصوصاً الأسرى الخارجين من المعتقلات النازية، وقدمت هذه الدراسات إضافات هامة وأساسية لدراسة الوضعيات الكارثية في حالات الشدة ذات الديمومة. لكن هذه الدراسات ما لبثت أن انحرفت نحو الاستغلال السياسي بحيث ظهرت الآلاف منها وقد ابتعدت عن الموضوعية العلمية لتضخّم معاناة اليهود من الأسر النازي. واستمر هذا الاستغلال لغاية نشوب حرب فيتنام التي استقطبت اهتمام الباحثين من خلال تطور ردود الفعل البسيكوسوماتية لدى المقاتلين بحيث طغت الأمراض الانسدادية (انسداد الشرايين) على باقي المظاهر النفسية والنفسية ـ الجسمية، الأمر الذي طرح تساؤلات جديدة لم تزل حتى اليوم موضع بحث.

٦ ـ الحروب الأهلية

تمتاز الحرب الأهلية عن الحرب بين الدول بمجموعة من الخصائص المميزة. في طليعة هذه الخصائص أن الحرب الأهلية هي انعكاس لانشطار اللاوعي الجماعي للمقاتلين مما يدفعهم إلى العمل على استبدال انتمائهم الأساسي بانتماءات فرعية من خلال مشاركتهم في الصراعات الداخلية، التي يؤدي تطورها نحو العنف إلى اندلاع الحرب الأهلية.

وقد سبق أن طرحنا تشخيصاً تفريقياً للصراعات الأهلية، استناداً إلى مقارنة اللاوعي الجماعي باللاوعي الفردي[1] وهذا التشخيص هو التالي:

أ ـ الكيانات المنفصمة (Schizoïde)، ب ـ الكيانات المنهارة (Depressive)، ج ـ الكيانات الهوسية (Manic)، د ـ الكيانات الهيستيرية (Hysteric)، أما عن بقية الخصائص، التي تميز عصاب الحرب الأهلية عن عصاب الحرب التقليدية، فإننا نختصرها بالنقاط التالية:

ـ يتركز عنف الحرب التقليدية على الجبهات وعلى أهداف استراتيجية محددة، في حين يمتد عنف الحرب الأهلية إلى الشوارع ويصل إلى مكان السكن أو العمل. من هنا فإن شدة الحرب الأهلية تهيمن على المدنيين والمتقاتلين في آن معاً.

ـ تشهد الحرب الأهلية مساهمة المدنيين في القتال. هذه المساهمة تؤثر على الانتماء الوطني بصورة سلبية، مما ينعكس بدوره على صعيد جهاز القيم إذ يتعرض لهزات عديدة. كما أن مشاركة المدنيين تزيد من عشوائية الحرب ومن النتائج السلبية المترتبة على هذه العشوائية.

ـ تتصاحب الحرب الأهلية مع الفرز السكاني بحيث يضطر قسم من السكان (المهجرون) في كل منطقة إلى ترك أماكن سكنهم والاغتراب داخل وطنهم أو خارجه. عن هذا الاغتراب تنشأ معاناة فقدان تضاف إلى عُصاب الحرب وتعقده.

ـ تُفجّر الحرب الأهلية وضعيات عُظامية (بارانويائية) متنوعة، في مقدمتها العداء الشخصي

---

(١) راجع الفقرة الحادية عشرة من الفصل الأول من هذا الكتاب: «السياسة وأخلاقيات الطب النفسي ـ رعاية ضحايا العنف»، وهي في الأصل ورقة مقدمة إلى المؤتمر العالمي الثالث لحل الصراع ـ الاتحاد العالمي للصحة النفسية، وهي منشورة في مجلة الثقافة النفسية العدد التاسع عشر، ١٩٩٤.

الناجم عن شعور المدني (مقاتلاً كان أم غير مقاتل) بتهديد حياته من قبل أفراد عايشهم وتعامل معهم طيلة سنوات وربما كان قسم منهم من أصدقاء الأمس.

- تساهم الحرب الأهلية في تفكك المجتمع وانحلال عوامل توازنه. ففي حين تؤدي الحرب التقليدية إلى تلاحم أبناء البلد في مواجهة العدو، نجد أن الحرب الأهلية تترافق مع رغبة في تدمير استقرار المجتمع والقضاء على توازنه. ويتضخم اختلال التوازن هذا من خلال هجرة الأدمغة ورؤوس الأموال من تهديدات الحرب الأهلية التي لا تعرف مبدأ الالتزام بالحدود وبالجبهات.

٧ ـ الحرب والشلل الاجتماعي

ذكرنا أن الحروب، وخاصة الأهلية منها، تترافق مع اختلال المعايير المكونة لجهاز القيم. هذا الاختلال يضاف إلى المعاناة الفردية (المنتشرة وبائياً بين الأفراد لدرجة تشابهها في العديد من خطوطها العريضة) فيؤدي إلى شلل الفعالية الاجتماعية للأفراد، بحيث يعمّ قطاعات واسعة من الجمهور.

تفصيل ذلك أن الفرد يشعر بأنه مهدد في استمرارية حياته بسبب أجواء الحرب التي يعيشها (تهديد خارجي)، مما يؤدي إلى الانشطار بين أناه الذاتية وأناه الجسدية. بمعنى أنه يبدأ بالتفكير بموته الشخصي طارحاً السؤال المألوف في هذه الحالات عما سيحصل بذاتي (الأنا الذاتية) بعد موت جسدي؟ هذا الانشطار يعيق الشخص عن تبني مفهوم الجماعة (النحن) ويجعله يركز تفكيره في نطاق «الأنا» التي يهددها المجهول بعد انشطارها عن الجسد، مما يغذّي الوساوس المرضية (المراق) التي تشهد انتشاراً عارماً أثناء الحروب والكوارث.

أمام هذه المواجهة الكارثية ـ الشخصية، يمكن للشخص أن يتخذ موقف الخضوع فيوجّه عدائيته نحو ذاته فتبدأ لديه حالة التكتم Alexythymie التي تشجع ظهور الأعراض البسيكوسوماتية وتعقيداتها المرضية، أو يوجّه عدائيته نحو الخارج، وفي كلتا الحالتين يكون المجتمع (الذي يمثل القيم المشتركة) هو الخاسر، إذ إن الخاضع ينشغل في قلقه ويلتفت نحو ذاته فيعجز عن الخروج من نطاقها، أما المتمرد فإنه يساهم مباشرة في عملية هدم القيم المشتركة.

٨ ـ مفهوم الشدة ومتغيراته

يعود مصطلح الشدة Stress إلى العالم المجري هانز شيلبي[1] الذي طرح مفهوم الشدة في أوائل الخمسينات وعرّفها على النحو التالي: الشدة هي ردة فعل غير محددة تظهرها الحيوانات عند تعرضها للإثارات غير المستحبة، مثل الألم والإنارة القوية المزعجة للنظر وغيرها من الإثارات المرهقة.

أ ـ الانعكاسات العضوية للشدة: يلاحظ شيلبي أن إرهاق الشدة ينعكس على الصعيد العضوي بالمظاهر التالية: تضخم القشرة الكظرية ونزيف غشاء المعدة وانحطاط وتراجع الأنسجة الليمفاوية والغدة الصعترية (المسؤولتين عن جهاز المناعة).

ب ـ عوامل الشدة: ويقسمها شيلبي إلى ثلاث مجموعات هي:

---

(١) Selye, H: *The stress of life*, London, Freen and Co., 1957.

١) عوامل الضغط النفسي ـ الجسدي (مثل الأصوات المزعجة والإصابات والجروح والحوادث والآلام الجسدية. . . إلخ).

٢) عوامل الضغط النفسي (مثل القلق والانهاك والمخاوف والتعرض للأخطار والوحدة والإرهاق الفكري. . . إلخ).

٣) عوامل الضغط الاجتماعي (مثل الصراعات المهنية والظروف الحياتية المعيشية الصعبة والخلافات العائلية وصعوبات العلاقات الاجتماعية والشخصية والمهنية. . . إلخ).

ج) ـ **مراحل تطور آثار الشدة**: يقسم شيلبي انعكاسات الشدة إلى ثلاث مراحل:

ـ المرحلة الأولى: وتتمثل بردة فعل هي بمنزلة الإنذار، وتتجلى بتحريك الجسم لقدراته من أجل التصدي لعوامل الشدة.

ـ المرحلة الثانية: وتعقب سابقتها في حال استمرار تأثير عوامل الشدة، وهي تقتضي تعبئة قدرات الجسد كافة لمواجهة هذه العوامل.

ـ المرحلة الثالثة: وتسمى بمرحلة الاستنفاد، وتتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع العوالم الشدية، مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل أو حتى عن إعطاء الأجوبة على هذه المثيرات.

وفي حال استمرارها، يمكن لهذه المرحلة أن تفضي إلى الموت.

وكان شيلبي قد أطلق مصطلح «تناذر التكيف» على مجمل ردود الفعل، بمراحلها الثلاث، أمام الشدة.

أمراض الحرب ـ نماذج عيادية

إن الحديث عن أمراض الحرب النفسية يستتبع الحديث عن اضطراباتها النفسية ـ الجسمية (البسيكوسوماتية) بحيث يتشعب الموضوع ويتداخل مع دراسات الشدة والكوارث والأنماط البسيكوسوماتية وغيرها. من هنا لجوؤنا إلى التركيز على بعض الحالات العيادية التي تشكل إطاراً نموذجياً لدراسة المظاهر النفسية والجسدية المتفرعة عن عُصاب الحرب، مع تحديد دور البنية الأساسية للشخصية في تشجيع هذه المظاهر وترسيخها في هيكليات عُصابية نمطية كانت أم غير نمطية.

١ ـ أمراض الحرب ـ النموذج اللبناني

تميّزت الحرب اللبنانية بمدتها الطويلة وبتغييرات عميقة في منطلقاتها إذ تراوحت بين القومية والطائفية لتتحول إلى مذهبية، ومنها إلى الصراع داخل المذهب الواحد وصولاً إلى ارتدائها ثوب الحرب الاقتصادية. مع ذلك لاحظنا أن لبندقية الحرب الأهلية اللبنانية مرونة وقدرة على التكيف مع مختلف هذه المنطلقات.

إن متابعتنا لهذه الوقائع بمراحلها المتوزعة على سبعة عشر عاماً، أجبرتنا على اعتماد رؤية عيادية خاصة لتصنيف أمراض الحرب. هذه الرؤية فرضها علينا مرضى يطلبون العلاج كما فرضتها علينا

ضرورة إرساء مبادىء وقائية للمتعرضين لضغوطات هذه الحرب من هنا يمكننا تصنيف أمراض الحرب على النحو التالي:

أ ـ أمراض ناجمة عن الظروف المعيشية (اجتماعية ـ اقتصادية بما فيها انهيار البنى التحتية وتدني مستوى الرعاية الصحية). في هذا الإطار، تدخل أمراض مثل الجرب وغيره من الأمراض المعدية والأوبئة والأمراض الناجمة عن تلوث المياه، دون أن ننسى دور هذه الظروف كعوامل شدية من الدرجة الأولى.

ب ـ الأمراض الناجمة عن المواجهة المباشرة لشدائد الحرب (القصف، السيارات المفخخة، الاعتقال وغيرها من الشدائد).

ج ـ الأمراض الناجمة عن خلل أساسي في التوازن النفسي ـ الجسدي للشخص، هذا الخلل الذي جاءت شدائد الحرب لتكون مناسبة لتفجيره وإعادة إحيائه وربما تعميقه وتعقيده.

د ـ الأمراض الناجمة عن مواجهة الشدائد والتي تتدعم من خلال ارتباطها بتجارب كارثية سابقة.

هـ ـ الأمراض الناجمة عن استمرارية معايشة الشدائد.

من هذه الفئات الخمس، انتقينا اضطرابات معينة وفق المعايير التالية:

ـ الاضطرابات الأكثر انتشاراً أو التي نتوقع ارتفاع نسب الإصابة بها وفقاً لتجارب الدراسات السابقة في علم نفس الحروب والكوارث.

ـ الاضطرابات التي تشكل تهديداً مباشراً للتكامل الجسدي أو العقلي وإن لم تكن بعد واسعة الانتشار.

ـ الاضطرابات التي تشكل طوارىء طبية من الدرجة الأولى.

٢ ـ المراق (الوساوس المرضية)

تشهد هذه الوساوس انتشاراً واسعاً في مجتمعات الحروب (٣٢٪ من مجمل زوار عيادتنا أثناء الحرب). وهي تتصدر واجهة الشكاوى العيادية في هذه المجتمعات مما يجعلها في مقدمة الهواجس العيادية للمعالجين العاملين في هذه المجتمعات. في عودة إلى العيادة اللبنانية، نلاحظ أن لهذه الوساوس خاصيتها التي تميزها والتي كان من شأنها إرباك المعالجين وإجبارهم على تبني رؤية دينامية في ما يتعلق بهذا الاضطراب. وقد تم هذا التبني بعد فشل مبدأ اللجوء إلى الجرعات الدوائية الأكبر أو إلى الأدوية الأقوى تأثيراً. هذا وتتلخص رؤيتنا الدينامية إلى هذا الاضطراب بالنقاط التالية:

١ ـ هيكلية الاضطراب: إن فهم هيكلية الاضطراب هو شرط أساسي لفهم معاناة المريض وللمشاركة الإيجابية في دعمه وعلاجه. هذا الفهم قد يتعرقل بسبب العلائم العصابية التي تصاحب الاضطراب عادة، مما يطرح أزمة تشخيصية يمكن تجنبها، في حالة الوساوس المرضية، عن طريق تحرّي العوامل التالية:

ـ تحرّي وضعية الكارثة: ونقصد بها تحديد الوضعية التي جعلت المريض يحسّ بأن حياته مهددة وبأنه مقبل على الموت هنا والآن، مما يستوجب سؤال المريض عن تاريخ ظهور أولى بوادر الوساوس، ومن ثم تعقب علاقة هذا الظهور بوضعية الكارثة، خصوصاً في حال ملاحظتنا لتمازج الخوف من الموت بالخوف من الجنون، لأن هذا التمازج يؤكد لنا وجود صدمة نفسية مسؤولة عن ظهور الوساوس، حتى لو أنكرها المريض أو حاول التقليل من شأنها. هذا دون إهمال إمكانية تعرّض المريض لصدمات متكررة، قد يكون بعضها قديم العهد.

ـ تحرّي حالات المرض النفسي: يمكن لهذه الحالات أن تظهر بشكل يشبه النوراستانيا أو بشكل هيستيري. وفي كلتا الحالتين قد تكون أساساً لظهور الوساوس المرضية. ويشبّه العالم سوندي ذلك بالجدول الذي تظهر مياهه إلى السطح (على شكل نوراستانيا بأنواعها) ثم تعود جوفية وتظهر في مكان آخر (على شكل وساوس مرضية). في هذا السياق، من الطبيعي أن يكون للعوامل الشدية، خصوصاً الصدمة، دور في عودة هذه المظاهر.

ـ التفريق بين العلائم الأساسية والعلائم الراهنة: إن علائم الصدمة هي علائم ناجمة عن حدث حياتي معينٍ (هو الحدث الصدمي). وهي لم تكن لتظهر لولا هذا الحدث، ومن هنا تسميتها بالراهنة. لكن الحدث الصدمي يمكنه أن يعيد إحياء علائم عُصابية كامنة (ربما تعود إلى عهد الطفولة)، وهذه العلائم هي المقصودة بتسمية الأساسية. لذا اقتضى التفريق بين هذين النوعين من العلائم تجنباً لمأزق تشخيص الحالة كعصاب أساسي (خصوصاً هيستيري) وإهمال المظاهر والعلائم الراهنة. فعندها يؤدي خطأ التشخيص إلى خطأ العلاج.

٢ ـ الخلفية النفسية للوساوس المرضية: هنا يطرح السؤال «لماذا يصاب البعض بهذه الوساوس في حين ينجو منها آخرون تعرضوا للأحداث والضغوطات نفسها؟

إن الجواب على هذا السؤال يحتاج إلى مناقشة نظرية متعمقة، لذا نختصر تعليلنا لهذه الإصابة بعرض العوامل المشجعة لظهورها وهي: خلفية نفسية (أو بنية نفسية ـ جسدية أساسية) من نوع النوراستانيا و/أو خلفية نفسية ذات علائم عظامية (بارانويائية) و/أو وجود عوامل جسدية، عضوية أو وظيفية، مثل ضمور الغدة الجنب درقية واضطرابات إفراز المبيض وانخفاض نسبة الكلس أو زيادة نسبة الماغنيزيوم واضطراب التوازن القلوي الحامضي... إلخ.

٣ ـ علاج الوساوس المرضية: يستند هذا العلاج إلى الخطوات التالية:

أ ـ تفهم المريض: يعاني هذا المريض من إحساس بعجزه عن وصف معاناته للأطباء مما يستتبع اعتقاده بأن أحداً منهم لم يستوعب حالته على حقيقتها. من هنا أهمية إقناع المريض بقدرة المعالج على الفهم الدقيق لحالته.

ب ـ التفريق بين العلائم الأساسية والراهنة: فالعلائم الأساسية قد تجذب اهتمام المعالج وهي تستجيب عادة للعلاج الدوائي (مضادات القلق والانهيار). هذا العلاج يؤثر مؤقتاً على العلائم الراهنة التي لا تلبث أن تعاود الظهور مشجِّعة عودة ظهور العلائم الأساسية.

ج ـ تفريغ الحزن غير المستنفد: بعد تحديد الحدث، أو العلائم المؤدية إلى ظهور الوساوس، تبدأ

عملية تفريغ الحزن غير المستنفد، سواء عن طريق التطهير (علاج يتكىء على بعض مبادىء التحليل)، أو عن طريق إزالة التحسّس (علاج سلوكي)، أو غير ذلك من وسائل العلاج النفسي لمثل هذه الحالات، مع التشديد على الآثار الإيجابية والداعمة لهذه العلاجات.

٣ ـ الذهانات العابرة

في حالات الصدمة العنيفة، يحسّ المصدوم بأن تهديد الموت هو تهديد صاعق ومباشر وغير ممكن تجنبه. أمام هذا الإحساس، تحدث حالة من استنفار القوى الذهنية التي تتبدى بوضوح على صعيد الذاكرة، ويترافق التعرض للصدمة مع حالة تضخّم الذاكرة Hypermnésie. بعد النجاة من الصدمة، يتحول هذا التضخم إلى فقدان ذاكرة (جزئي يطال ظروف الحادث، أو كلّي في حالات نادرة). هذا الاضطراب التذكري هو في الواقع انعكاس لاضطراب عام في القوى الإدراكية ـ المعرفية ويتجلى أحياناً بمظاهر ذهانية، مما يضع المعالج أمام إشكالية تشخيصية معقدة، خلاصتها كيفية التمييز بين الذهان العابر وبين الذهانات التقليدية التي تكون كامنة لغاية تفجرها بسبب الصدمة، خصوصاً وأن علاج هذه الحالات يرتبط مباشرة بتشخيصها. لذلك رأينا من المفيد أن نعرض هنا لتجربتنا في مجتمع الحرب اللبنانية المتعلقة بهذه الحالات.

أولى الملاحظات التي سجلناها في ما يخص حالات الذهان psychoses العابر هو أن مظاهره موزعة على الفئتين التاليتين:

أ ـ الأعراض الذهانية الهامشية: لدينا من الدراسات الشخصية الموثوقة ما يثبت أن غالبية المظاهر العيادية المرافقة لحالات الذهان العابر (عقب التعرض لشدائد الحرب اللبنانية) لم تخرج عن نطاق الأعراض الذهانية الهامشية، وهي أعراض ذهانية (عقلية) بالمعنى العريض للكلمة. من أهم هذه الأعراض نذكر انعدام الاستيعاب Derealisation وتفكك الشخصية Depersonalisation.

هنا لا بد من التأكيد على أن هذه الأعراض يمكنها أن تدعم تشخيص الذهان، لكنها تجبر المعالج على التفكير في تفسيرات دينامية لها عندما تكون عابرة. فإذا عدنا إلى الحالات الذهانية العابرة التي عايناها في مجتمع الحرب، فإننا نجد أن التفسير الدينامي الأشمل والأدق هو الذي يربط بين النكوص Régression (الناجم عن تضخّم الذاكرة في هذه الحالات والذي يمكنه أن يتدعم في حال الشخصية التي تملك قدرة مميزة على النكوص) وبين هذه المظاهر الذهانية.

ب ـ الأعراض الذهانية البحت: وتحديداً الهذيان والهلوسات التي تشكل العلائم الذهانية العظمى. وهي عوارض نادرة في حالات الذهان العابر، إذا ما وجدت، تكون على علاقة بظروف الكارثة. مثال ذلك أن المحارب، المصاب بالذهان العابر، يظهر هلوسات سمعية وينظم هذياناته على أساس ما جرى له أثناء الكارثة. فهو قد يسمع أوامر قائده أو صراخ رفاقه أو اتهامات موجهة لشخصه تتهمه بالجبن والتخاذل. . . إلخ. وهذه المظاهر البحت تقبل بدورها التفسير الدينامي الذي طرحناه لسابقاتها، أي أنه من الممكن مقارنتها بحالات النكوص ـ التثبيت، الأمر الذي يدفعنا إلى اقتراح تعديل التصنيف الأميركي للاضطرابات النفسية الذي يتجاهل دلالات الفترات الذهانية العابرة[١].

(١) راجع الفصل السابع من هذا الكتاب.

أما عن العلاج الذي نقترحه لهذه الحالات فهو عبارة عن دورات التنويم (تنويم المريض لمدة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين)، لأن لهذا العلاج نتائج على أكثر من صعيد، إذ تمثل بحد ذاتها علاجاً للمظاهر الانهيارية وتُجنب المريض احتمال فقدانه لتوازنه العقلي وهو احتمال كارثي بحد ذاته. كما يتيح هذا العلاج الفرصة للمريض كي يعقل الكارثة مما يحميه من الانعكاسات النفسية والبسيكوسوماتية، القريبة والبعيدة الأمد، لهذه الكارثة.

٤ ـ الاضطرابات البسيكوسوماتية

عندما تتكرر الظواهر، نعجز عن ردها إلى مبدأ المصادفة ونجد أنفسنا منساقين وراء دراسة هذه الظواهر وأسباب تكرارها. هذا ما يحدث تماماً في عيادة الحرب حيث نلاحظ تنامياً كبيراً في نسب الإصابة بالاضطرابات والأمراض النفسدية (البسيكوسوماتية) حتى يبدو تجاهل هذه الزيادة نوعاً من السذاجة، خصوصاً عندما نقرأ هذه الزيادة وتكرارها في جميع أدبيات علم نفس الحروب والكوارث.

مع ذلك، وبالرغم من المعطيات الموثوقة التي نملكها في هذا المجال، فإننا سنكتفي بمجرد عرض هذه الظواهر، وبذلك نتجنب الإطالة كما نتجنب الإغراق في الجدل النظري.

أ ـ الموجات الوبائية: هنالك عوامل عديدة تدعم انتشار هذه الموجات في مجتمع الحرب. في طليعة هذه العوامل يأتي ضعف المناعة الذي يصاحب التعرض لشدائد الحرب. كما نذكر في هذا المجال اضطرابات السلوك الصحي بتأثير الشدة، وهي اضطرابات تتراوح بين إهمال القواعد الصحية الأساسية وبين اللجوء إلى الإكثار من المسممات بحثاً عن دعمها في مواجهة الشدة.

بهذا يمكننا تفسير الموجات الوبائية (الكلب، التيفوئيد، الكوليرا، الجرب... إلخ) التي اجتاحت لبنان خلال فترات حربه الأهلية.

ب ـ الأمراض الانسدادية: وهي الأمراض الناجمة عن انسداد شريان أو أكثر بحيث يؤدي ذلك إلى موت المنطقة التي تتغذى بالدم الوارد إليها عن طريق هذا الشريان. من هذه الأمراض، نذكر خصوصاً الذبحة والاحتشاء القلبي والسكتة الدماغية وجلطة الأطراف، هذه الأمراض التي ازدادت بنسبة ٨ : ١(*) في مجتمع الحرب اللبنانية(١). كما تستوقفنا في العيادة اللبنانية واقعة انخفاض متوسط عمر المصاب بسبب انتشار هذه الإصابات لدى شباب بعضهم دون العشرين. أما عن آلية تفسير العلاقة بين شدائد الحرب وهذه الزيادة فإن الأطباء يعترفون اليوم بالشدة stress كعامل من عوامل خطر الإصابة بالأمراض الانسدادية. كما أن شدائد الحرب تشجع المتعرضين لها على اعتماد النمط السلوكي المؤدي إلى الإصابة بهذه الأمراض(٢).

ج ـ القرحة: تؤكد الدراسات الطبية على كون الشدة واحداً من أهم عوامل خطر الإصابة بالقرحة، كما تذكر أدبيات علم نفس الحروب ازدياد الإصابة بالقرحة خلال الحرب العالمية الثانية.

(*) أي أن نسبة الأمراض زادت أثناء الحرب اللبنانية ثمانية أضعاف ما كانت عليه قبل الحرب.

(١) محمد أحمد النابلسي: **الأمراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية**، بيروت، المنشورات الجامعية، ط ١، ١٩٨٥، وط ٣، ١٩٩٤.

(٢) محمد أحمد النابلسي: **أمراض القلب النفسية**، بيروت، الرسالة ـ الايمان، ١٩٨٩.

فعلى الجبهة الانجليزية، بلغت هذه الزيادة نسبة ٤ : ١. أما على الجبهة الألمانية، فقد اضطر الألمان لإنشاء مخيمات خاصة لعلاج الجنود المقروحين. إلى هذه المعطيات، نضيف ملاحظتين سجلناهما في مجتمع الحرب اللبنانية[١]:

١) ظهور قرحة المعدة لدى الأطفال دون السن المدرسي.

٢) زيادة ملفتة في الإصابة بقرحة الأمعاء أو مرض كراون.

د ـ عثرة القلب: إن انعكاسات الشدة على الصعيد الجسدي لا تقتصر على ردود الفعل الفيزيولوجية المباشرة أو على الأمراض العضوية المستقرة مع مرور الزمن، بل إن بعض هذه الانعكاسات يمكنها أن تكون عضوية ومباشرة ومهددة للحياة. كمثال على ذلك، الإصابة بعثرة القلب Extrasystal مباشرةً بعد التعرض للصدمة.

إحدى هذه الحالات لمريض في الخمسين من عمره كان ينتظر دوره من أجل مراجعة دورية لطبيب القلب، عندما دوى انفجار سيارة مفخخة لحظة بداية فحصه. وتزامنت بداية التخطيط القلبي مع وصول سيارات الاسعاف والضجة المصاحبة لوصول ضحايا الانفجار. عندها لاحظ الطبيب ظهور عثرة القلب على التخطيط بعد أن كانت بدايته طبيعية، ولكنها سريعة النبض بالمقارنة مع الفحوصات السابقة.

بعد هذه الواقعة، أرفقنا العلاج عن طريق إزالة التحسس (حيث كان يجري إسماع المريض لأصوات الانفجارات والمعارك مسجلة على كاسيت) بتخطيط القلب، فلاحظنا أن مجرد سماع هذه الأصوات كان كافياً لظهور عثرات القلب على التخطيط لدى ٨٪ من المتعالجين، الأمر الذي اضطرنا لاعتماد وسائل أخرى في علاجهم.

هـ ـ قصور المناعة: تتكرر الملاحظات حول العلاقة بين شدائد الحرب وبين قصور الجهاز المناعي لدى الأشخاص المتعرضين لهذه الشدائد. لكن هذه الملاحظات لم تتحول نحو الدراسات العلمية المنهجية إلاّ مع بداية الستينات، عندما نشر فيشز وكلوتز بحثهما المشترك حول الإصابة بالهرم المبكر لدى بعض الناجين من شدائد الاعتقال إبّان الحرب العالمية الثانية[٢]. في حينه، قصر الباحثان اهتمامهما بالهرم المبكر، لكنهما اضطرا لتقديم الوصف التقليدي للآليات والعمليات الداخلة في مجال المناعة النفسية وإن جاء هذا الوصف في سياق الحديث عن الهرم المبكر. ثم توالت الدراسات المتعلقة بالمناعة النفسية حتى تكاد تشكل حقلاً منفرداً للبحث، خصوصاً بعد تمحور الدراسات حول العلاقة بين الحالات الانهيارية وبين الجهاز المناعي[٣]. من هذا المنطلق، عمدنا إلى مقاربة موضوع قصور المناعة كوجه من وجوه اختلال التوازن النفسي ـ الجسدي لدى ضحايا الحرب. فاستناداً إلى العلاقة بين القدرة على مواجهة الشدائد وبين الاستجابات المناعية الضعيفة تجاه اللقاح وأيضاً استناداً إلى دراسات

---

(١) محمد أحمد النابلسي: القرحة وعلاجها النفسي، بيروت، الرسالة ـ الايمان، ١٩٩٣.

(٢) Fichez, C.F. et Clotz, A: *La Sénescence prématurée et ses traitements*, Vienne, op. cit.

(٣) Moussong, E.K et Al: «Psychoimmunology», in Congres International de Neuro Psychiatrie, Pula, 1989.

سابقة، قمنا بتطبيق اختبار قمع الديكساميتازون (D.T.S.) بهدف تشخيص حالات «الانهيار المقنّع» حيث تتقنع المظاهر النفسية بقناع الاضطراب الجسدي الذي يعجز الأطباء العضويون عن إيجاد أي أساس عضوي له. من خلال هذه الدراسة، تبين لنا أن المصابين بهذا النوع من الانهيار، وكلهم متكتمون، هم الأكثر تعرضاً لقصور المناعة وللأمراض المرتبطة بها (أمراض معدية، سرطانات، اضطرابات غددية. . . إلخ)، إذ كانت أجسامهم تعجز عن قمع الديكساميتازون. وهذا العجز كان، في حالة هؤلاء، العارض العضوي الموضوعي الوحيد الذي يمكن تسجيله.

٥ ـ تناذر السيارة المفخّخة[١]

إن تعددية المصطلحات المشيرة إلى الوضعية النفسية نفسها، باتت مربكة للاختصاصيين أنفسهم. ففي مجال علم الحروب والكوارث، يلاحظ الباحث هذه التعددية الناجمة عن أسلوب الوصف العشوائي لردود الفعل النفسية أمام الشدائد. وهذا الأسلوب يبعثر المظاهر النفسية ويفقدها ترابطها واحتمالات التبادل بينها وتطورها الدينامي المشترك. لذلك رأينا أن نعرض لهذه المظاهر من خلال مثال ذي دلالة مميزة وهو مواجهة صدمة انفجار سيارة مفخخة، هذه المواجهة التي أطلقنا عليها تسمية «تناذر السيارة المفخخة».

أ ـ استخدامات السيارة المخففة: لعل أولى العربات المفخخة هي تلك التي استهدف انفجارها نابليون. فإذا تتبعنا استخداماتها، لوجدناها تتراوح بين الاغتيال وبين الارهاب مع ما يعنيه هذا الاستخدام من تحدي قدرة السلطة القائمة على تأمين النظام والأمن ومن تقويض لدعائم هذه السلطة. على أن تحقيق هذه الأهداف لم ينحصر في السيارات المفخخة بل تعداها إلى العبوات الناسفة والرسائل المفخخة وأحياناً إحداث انفجارات صوتية تعطي دويّ الانفجار دون التسبب بالأذى. في سياق حديثنا عن تناذر السيارة المفخخة، سنستبعد الانفجارات ذات الأهداف العسكرية كما سنستبعد الانفجارات التي لا تستهدف المدنيين لنركز على انفجار السيارة المفخخة، وهو الأقوى بالمقارنة مع انفجار العبوات الناسفة التي تكون صغيرة عندما تستهدف المدنيين (بهدف تجنب لفت الأنظار إليها قبل انفجارها).

ب ـ الانفجار والتوازن النفسي: لكل حاسة من الحواس البشرية عتبتها الخاصة، بحيث تستطيع هذه الحاسة وعي المؤثرات ضمن حدودها.

حاسة السمع من جهتها تستطيع استقبال مؤثرات أقوى من تلك التي تستطيع باقي الحواس استقبالها. من هنا كان لحاسة السمع قدرتها المميزة على استثارة الجهاز العصبي. هذه القدرة التي تترجم تجريبياً، لدى سماعنا للأصوات فائقة القوة بردود الفعل التالية: ١) خفقان القلب، ٢) عثرة التنفس، ٣) الشعور بالدوار، ٤) الشعور بالضغط على الرأس وصولاً إلى آلام الصداع، ٥) تشجيع الاستعداد النفسي للإكثار من المسمات ومن مواد الإدمان.

ولهذه المظاهر تفسيرها البيولوجي، حيث تؤدي الشدة الناجمة عن صوت الانفجار، إلى تهيج

---

(١) Naboulsi, M: «Le syndrome de la voiture piégée», conf. a P.G.S - Budapest, 1988.
وهي منشورة في كتاب الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث (سلسلة كتب الثقافة النفسية)، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

الغدة النخاعية مما يشجع إفراز الأدرينالين، المسؤول عن هذه المظاهر. ففي هذه الحالات، وتحت تأثير الأدرينالين، ينشط نبض القلب ويقوم الجسم بتحويل كميات إضافية من الدم إلى الدماغ والعضلات، مما يؤدي إلى توتر العضلات وخصوصاً عضلات الظهر والعنق والكتفين، كما يصبح التنفس ضحلاً ومتعثراً بسبب الانفعال والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة. هذا ويُشبِّه بعض الباحثين حالة الاستنفار العصبي، الذي يعقب سماع دويّ الانفجار، بحالة الاستنفار الفيزيولوجي لدى وضع قطع من الثلج على ظهر الشخص بصورة مفاجئة. لكن حالة الاستنفار هذه تكون أكثر تطوراً وتعقيداً في حالة الانفجارات الكبيرة، وهذا ما سنلاحظه من خلال الفقرات التالية المخصصة لردود الفعل أمام انفجار السيارة المفخخة.

ج ـ **ردود الفعل الأولية**: يمكننا تقسيم هذه الردود تقسيماً زمنياً على الرغم من تداخلها. ففي اللحظة الأولى بعد الانفجار، تظهر لدى المصدومين حالة من التخدير الحسي ـ العاطفي تعقبها فترة انعدام الاستيعاب لتبدأ بعدها المظاهر الهيستيرية وصولاً إلى القدرة على وعي ردود الفعل الجسدية المذكورة أعلاه. هذا التواتر يصفه معظم المتعرضين لصدمة وكأنه مرور في حالة من الجمود التام حركياً ونفسياً موازية للحالة التي يسميها منكوفيسكي بالتحذير الحسي. وهم يعجزون عن تحديد مدة هذا الجمود، الذي يخرجون منه وهم عاجزون عن استيعاب ما جرى وخصوصاً لجهة التغيرات الناجمة عن الانفجار. بعد ذلك نجدهم يصفون ردود فعل نفسية ـ حركية مختلفة باختلاف الأشخاص ومنتمية إلى ميدان الهيستيريا، ومنها ينتقلون إلى وصف أحاسيسهم الجسدية.

د ـ **ردود الفعل القريبة الأمد**:

في الأيام التي تلي الانفجار، تتاح للباحث فرصة التقاء مجموعة أوسع من المتعرضين للصدمة بعد مرور أيام قليلة على حدوثها، الأمر الذي يسمح له بمعاينة ردود الفعل القريبة الأمد لهذه الكارثة على عينة أوسع من الضحايا. ونلاحظ ردود الفعل التالية:

ـ صعوبات التفكير المنطق (صعوبات التعقيل): التي تكون عادة مناسبة لإعادة إحياء أو لتفجير أمراض جسدية كامنة، مثل نوبات الربو والقرحة وارتفاع الضغط والشقيقة [الصداع النصفي]... إلخ).

ـ مظاهر الارتباك، خصوصاً التردد والحيرة، التي تغذي الشعور بالدوار ومعاودة آلام الشقيقة.

ـ مظاهر القلق ـ الانهيار.

ـ قصور القدرة على المبادرة.

ـ إهمال على الصعيد المهني.

ـ اضطرابات النوم (مع أو بدون ظهور الكوابيس والأحلام المزعجة).

ـ استمرار بعض المظاهر الهيستيرية مع قابليتها للتحول إلى عصاب رهابي ـ هيستيري يتركّز خصوصاً على الخوف من الانفجارات والأصوات العالية والمزعجة[1].

---

(1) بيار مارتي ومشاركوه: مبادىء البسيكوسوماتيك وتصنيفاته، بيروت، الرسالة ـ الإيمان، ١٩٨٩.

هذه العلائم تنعكس على السلوك العام حيث أن دويّ الانفجار يرهب أعداداً كبيرة من الناس حتى وإن لم يتعرَّضوا له بصورة مباشرة.

من مظاهر هذا السلوك العام نذكر:

- يتجنب الجمهور المنطقة التي حصل فيها الانفجار حتى تكاد تخلو من المتجولين لمدة أسبوعين عقب الانفجار كمعدل وسطي. وبما أن هـذه الانفجارات تحـدث عادة في الأمـاكن المكتظة، فـإن بالإمكان ملاحظة الفارق الكبير في عدد رواد هذه الأماكن.

- في الأيام التالية للانفجار، يحاول السكان منع وقوف السيارات التي لا يعرفون أصحابها.

- تزداد حساسية السائقين أمام ازدحام السير، مما يؤدي إلى ازدياد ملحـوظ في استعمال منبـه السيارة ومشاكل السير وحتى حوادثه.

- تزداد الشكاوى المرضية ـ الوظيفية والهيستيرية في عيادات الطب العام.

هـ ـ ردود الفعل المتوسطة الأمد:

بعد مرور بضعة أسابيع على الانفجار، نلاحظ تراجع العديد من المظاهر المبـاشرة والقريبـة الأمد. هذا التراجع يأتي نتيجة الجهود التي يبذلها الجهاز النفسي ـ الجسدي لتعقيل الكارثة وهضمها على الصعيد الفكري. لكن هذا التراجع لا يكون كاملاً، كما أنه لا يلغي القلق التوقعي الذي يظهر على السلوك الشخصي والعام بالمظاهر التالية:

- الشعور بعدم الاطمئنان: يؤدي بدوره إلى سلوك يقظة زائدة بهدف تجنب أخطار احتمالات حدوث انفجار آخر. هذا السلوك هو استمرار للخوف من الانفجارات.

- الشعور بالذنب أمام ضحايا الانفجار: يحسّ الناجون من الانفجار بأن نجاتهم كانت محض صدفة، مما يغذّي مشاعر الذنب تجاه ضحايا الانفجار.

- المشاعر السلبية: الغضب والثورة والرغبة في الانتقام هي مشاعر طبيعية في هذه الفترة وهي تتوجه نحو العدو المفترض بأنه وراء الانفجار.

- الانتكاسات البسيكوسوماتية: إن استمرار معايشة الصدمة، وإنْ بمظاهر وأشكال مختلفة، من شأنه أن يؤدي إلى حدوث الانتكاسات النفسية ـ الجسدية، وفق جدول مراحل الشدة.

- الاضطرابات التذكرية: تظهر هذه الاضطرابات بأشكال مختلفة وهي تزداد في حال تلازم شدة الصدمة النفسية مع إصابة جسدية.

و ـ ردود الفعل الطويلة الأمد:

يتعلق تحديد هذه المظاهر بمجموعة من العوامل التي تحددها الإجابة عن الأسئلة التالية: ١) حدة معايشة الانفجار، ٢) هل يوجد اضطراب أساسي، ٣) هل سبق للشخص أن تعرض لصـدمة أو لصدمات سابقة، ٤) هل أصابه الانفجار جسدياً (ولو إصابة طفيفة، ٥) هل أصيب أحد أعزّائه في الانفجار وما مدى إصابته، ٦) هل رأى الانفجار أو ضحاياه خلال الساعات الأولى من حدوثه، ٧)

على أية مسافة من الانفجار كان موجوداً، ٨) هل شارك في عمليات الانقاذ، ٩) ما هي الحدود الموضوعية للخطر الشخصي عليه بسبب الانفجار، ١٠) عمر الشخص وجنسه[1].

لكن تحديد هذه العوامل غير كاف لتحديد المظاهر المحتملة الظهور على المدى الطويل، إذ تتراوح هذه المظاهر ما بين العلائم الهيستيرية البسيطة وبين الأمراض الجسدية الخطرة مثل الهرم المبكر كما تشير إلى ذلك دراسات فيشز وكلوتز.

تشخيص العُصاب الصدمي وعلاجه

قبل إبداء الرأي في هذا المجال، نجد من الملائم أن نعرض لمناهج البحث المطروحة عالمياً لدراسة حالات الصدمة.

مناهج البحث في حالات الكارثة:

يعترف الباحثون في هذا المجال بالصعوبات التي تواجه إرساء منهجية أساسية موحّدة لدراسة الحالات عقب الصدمية. لكن هذا الاعتراف لم يمنع بيفرلي ومشاركيه من محاولة إرهاصية أولية لمثل هذه المنهجية[2].

من جهتهم، فإن العياديين العرب لا يستطيعون تجاهل مثل هذه الحالة، خصوصاً أن مكتبتنا العربية فقيرة بالدراسات المتعلقة باضطرابات الضغوط الكارثية وبالحالات عقب الصدمية. لكنهم يجدون أنفسهم عاجزين عن استخدام هذه الاقتراحات المنهجية بسبب الإشكالات التي تحول دون تطبيقها. من هذا التعارض تنشأ ضرورات التعرف إلى هذه الاقتراحات المرتبطة بضرورات تعديلها وفق حاجات العيادة العربية وظروفها الثقافية.

من حيث المبدأ، نجد أن المنهجية التي يقترحها كل من بيفرلي ومشاركيه، تعتمد على تحديد العوامل التالية:

أ ـ أبعاد الكارثة: أي طبيعة الكارثة وحجمها ونتائجها لجهة عدد الضحايا والإصابات وحجم الدمار والخسائر.

ب ـ قدرة الكارثة على توليد الشدة: حيث استخدمت الأبحاث مقياساً عاماً للشدة الذاتية على ميزان من ١ إلى ١٠ نقاط.

ج ـ السلوك خلال الكارثة: أي أسلوب الشخص في التعامل مع الحدث الكارثي أثناء وقوعه.

د ـ ردود الفعل المباشرة بعد الكارثة بأبعادها المختلفة، بما في ذلك التجارب النفسية الداخلية وردود الفعل الظاهرة على السلوك الخارجي.

---

(١) بيار مارتي: الحلم والمرض النفسي والنفسدي، طرابلس، لبنان، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، ١٩٨٧.

(٢) Beverly, R. et Al., «A Research Method for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster in Act», *Psy. Scandinavica*, Special Issue, 1989.

هـ ـ تحديد سبل تأمين الوقاية والعلاج: بالنظر إلى الأعداد الكبيرة لضحايا الكوارث الكبرى ونظراً لمحدودية الإمكانات المتوافرة لمواجهة هذه الحالات المفاجئة، فإنه من الواجب العمل على تحديد المجموعة الأكثر احتياجاً للمساعدة والعلاج من ضمن المتعرضين للكارثة.

و ـ تحديد تأثير الاضطرابات السابقة للكارثة على نتيجة الصدمة.

ز ـ ماهية المساعدة التي تنتظرها الضحية ومن قِبَلْ من؟

ح ـ استمارة الفحص الاحصائي.

ط ـ قياس القدرة على التكيّف عقب الكارثة.

ي ـ المعطيات الإحصائية المساعدة والإضافية.

ك ـ المقاييس الخاصة بالأطفال.

ومما لا شك فيه أن هذه المحاولة تشكل إضافة هامة إلى أدبيات علم نفس الحروب والكوارث، ولكنها تعاني من الثغرات التي تجعل تطبيقها مستحيلاً في العيادة العربية. وفي ما يلي عرض لهذه الثغرات:

أ ـ يتميّز كل نوع من أنواع الكوارث بآثار شدية مختلفة. كما تتميّز الكوارث المتشابهة بآثار شدية مختلفة باختلاف حدتها ولحظة حدوثها والبيئة الثقافية التي تحدث فيها، وأيضاً بامتلاك الضحايا لخبرات سابقة أمام كوارث مماثلة وبمدى استعدادهم المسبق لمواجهة الكارثة.

ب ـ تعتبر الكارثة كارثةً بمقدار تهديدها للحياة، فهي إذاً مرتبطة مباشرة بمفهوم الموت. من هنا ضرورة تمييز منهجية عربية خاصة تتلاءم مع مفهوم ثقافتنا للموت.

ج ـ تعتمد المنهجيات الأجنبية على اختبارات ومقاييس مقنعة في المجتمعات الأجنبية وغير مقنعة في مجتمعنا العربي.

د ـ إن اختلاف الاختبارات والمقاييس الأجنبية إنما ينبع من اختلاف المنطلقات النظرية في التشخيص، وبالتالي فإنه يعكس اختلاف المدارس.

إن مجمل هذه الأسباب يطرح على العياديين العرب مهمة ملحة تتلخص في ضرورة إرساء منهجية عربية خاصة لدراسة الحالات الكارثية. من هذا المنطلق، نضع بين أيديهم نتائج تجربتنا في مجتمع الحرب اللبنانية من خلال اقتراحنا للمقابلة العيادية التالية لفحص المصدومين العرب:

مقابلة مقترحة لفحص المصدومين العرب

إن تكرار تعرض الشعوب العربية للكوارث الحربية والمعنوية والطبيعية، يضع الاختصاصي العربي أمام مسؤوليات متشعبة، منها إيجاد وسائل الوقاية والتشخيص والعلاج والتدخل الفاعل لتقنين الانفعالات وتوجيه آثار الكارثة وانعكاساتها في السبل الصحيحة الآيلة إلى توجيه هذه الانفعالات في الاتجاه الصحيح الذي يدعم السلوك الإيجابي والصحي قبل الكارثة وأثناءها وبعدها.

إن تجربتنا غير كافية لتحديد منهجية عربية متكاملة لدراسة الكارثة، لذا سنكتفي باقتراح مقابلة عيادية لفحص المصدومين العرب.

أولاً: سير المقابلة

يجب أن يشارك في المقابلة طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي ـ عيادي مع طبيب مدرّب على التعامل مع حالات الطوارىء الجسدية والنفسية، على أن يكون الاثنان من المعتادين على العمل في بيئة وظروف المجتمع المتعرض للكارثة. هذا الاعتياد لا يعني فقط معرفة موقف الجمهور من الكارثة، بل يعني في ما يعنيه أن يكون الفاحص محيطاً بنواقص الأمن الصحي وبحجم الإمكانات المتوافرة وبمدى توقّع الكارثة والاستعداد لها وبالجهة التي ينتظر الضحايا تلقي المساعدات منها وأيضاً بالجهة التي تتوجه نحوها مشاعر الغضب والرغبات الانتقامية.

على ضوء هذه المعطيات، يحدّد الفاحص مكان وزمان وظروف المقابلة، ويقدّر مستوى تدخله ضمن الهامش الذي تسمح به هذه المعطيات.

أ ـ قبل حدوث الكارثة: في هذه الفترة، يلعب الاختصاصي النفسي دوراً رئيسياً من خلال جهود التوعية وتدريب الجمهور على الخطوات الوقائية وتعويده على توجيه ردود فعله في الاتجاه السليم، إضافة إلى دوره في اختيار الأفراد المرشحين للقيام بدور التدخل لمواجهة الكارثة ومساعدة ضحاياها في حال حدوثها.

ب ـ أثناء حدوث الكارثة: هنا يخلي الطبيب النفسي المجال لزملائه الأطباء العضويين كي يعالجوا الطوارىء الجسدية، بحيث يقتصر تدخله على الحالات التي تفرض على الاختصاصي العضوي طلب معونته. ويكون ذلك في حالات مثل عجز الضحية عن الاتصال أو في حالات الهياج أو الانفعال الذي ترافقه مظاهر عضوية خطرة.

ج ـ بعد حدوث الكارثة: هذه الفترة تقسم بدورها إلى عدة مراحل. فهنالك المرحلة المبكرة، وتتبعها مرحلة ما بعد الشفاء من الأعراض الجسدية التالية للكارثة، ثم تأتي المرحلة المتأخرة التي يمكنها أن تتراوح بين عدة أشهر وعدة سنوات. انطلاقاً من هذه النقاط، يقوم الفاحص برسم الحدود التي توجه مقابلته للضحايا وبالتالي فإنه يحدد المقاطع التي تهمه من هذه المقابلة، من خلال ما يلي:

١ ـ الاطلاع على المعطيات المتوافرة من خلال وحدات العناية الجسدية بالضحايا:

هذه المعطيات تتضمن: المعطيات الديموغرافية (الاسم والسن والجنس والحالة العائلية والزواجية والمهنية والخلفية الاثنية واللغوية والدينية والعنوان... إلخ)، ومعطيات حول التاريخ الصحي (السوابق الجسدية والنفسية ومستوى الخبرة والتدريب على مواجهة كوارث شبيهة... إلخ)، ومعطيات حول ردود الفعل المباشرة عقب الكارثة (مع مراقبة ما إذا كان تطورها سلبياً أم ايجابياً).

٢ ـ استمارة ردود الفعل النفسدية:

تتألف هذه الاستمارة من ٢٠ بنداً، ويتم ملؤها من قبل الفاحص الذي لا يطرح الأسئلة مباشرة بل يحاول استنتاجها من خلال سرد الضحية لأحاسيسها ومعاناتها. هذه البنود هي التالية:

١ ـ هل تعاني من اضطرابات النوم؟ (حدِّد)
٢ ـ هل تعاني من ازعاجات قلبية ـ وعائية؟ (حدِّد)

٣ ـ هل تعاني من صعوبات تنفسية؟ (حدِّد)
٤ ـ هل تعاني من اضطرابات هضمية؟ (حدِّد)
٥ ـ هل تعاني من اضطرابات بولية ـ تناسلية؟ (حدِّد)
٦ ـ هل تعاني من متاعب في مفاصلك؟ (حدِّد)
٧ ـ هل تعاني من أوجاع عضلية؟ (حدِّد)
٨ ـ هل تعاني من الصداع؟ (حدِّد)
٩ ـ هل تعاني من القلق؟ (حدِّد)
١٠ ـ هل يبدو عليك الخوف في مواقف معينة؟ (حدِّد)
١١ ـ هل تعاني من الارهاق؟ (حدِّد)
١٢ ـ هل تخوض حالياً صراعات؟ (حدِّد)
١٣ ـ هل تعاني من اضطرابات الذاكرة (حدِّد)
١٤ ـ هل تجد نفسك ميالاً إلى البكاء لأتفه الأسباب؟ (حدِّد)
١٥ ـ هل تشعر أحياناً بالضعف والوهن؟ (حدِّد)
١٦ ـ هل تمر بفترات تفقد خلالها شهيتك للحياة؟ (حدِّد)
١٧ ـ هل تمر بفترات من البلادة؟ (حدِّد)
١٨ ـ هل تعتقد أن مردود عملك هو أقل من الجهود التي تبذلها؟
١٩ ـ هل تشعر أحياناً أن الحياة غير جديرة بأن تعاش؟
٢٠ ـ فقرة مخصصة للفاحص لتحديد ملاحظته ووصف سلوك المريض أثناء إجراء الاختبار والمقابلة التي تليه.

٣ ـ استمارة تحرّي عوارض الشدة عقب الصدمية:

تتألف هذه الاستمارة من ٢٨ سؤالاً تهدف إلى تقييم أثر الشدة الناجمة عن تهديدات الكارثة (الحرب خصوصاً).

١ ـ هل سبق وتعرضت لكارثة شبيهة؟
٢ ـ كم مرة تعرضت لمواقف شبيهة ومتى؟
٣ ـ هل كنت قريباً من مكان الخطر الذي سببته الكارثة؟
٤ ـ هل تسببت الكارثة بقلقك وانشغالك على أحد المقربين منك؟
٥ ـ هل عاينت مكان الكارثة بعد ساعة على الأكثر من وقوعها؟
٦ ـ هل فقدت أحد المقربين منك في هذه الكارثة أو في كارثة شبيهة؟ (حدِّد)
٧ ـ هل رأيت ضحايا الكارثة؟
٨ ـ هل سبق لك وعايشت كوارث شبيهة؟
٩ ـ هل طاول خطر الكارثة مكان إقامتك؟
١٠ ـ هل طاول خطر الكارثة مكان عملك؟
١١ ـ هل أجبرتك نتائج الكارثة على تغيير مكان إقامتك؟

١٢ ـ هل أجبرتك نتائج الكارثة على مبارحة منطقة إقامتك؟
١٣ ـ هل يوجد في عائلتك أطفال يتراوح سنهم بين ٥ و١٢ سنة؟
١٤ ـ هل تعرضت للاحتجاز بسبب الكارثة؟
١٥ ـ هل أدت الكارثة إلى انقطاع اتصالك بعائلتك؟ (حدِّد المدة)
١٦ ـ هل شعرت بتهديد مباشر لحياتك بسبب الكارثة؟ (حدِّد)
١٧ ـ هل تراودك لغاية الآن ذكريات الكارثة وأخطارها؟
١٨ ـ هل ترى أحلاماً ذات علاقة بهذه الأخطار؟
١٩ ـ هل تتشابه أحلامك من حيث محتواها؟
٢٠ ـ هل تعاني من الكوابيس بشكل تكراري؟
٢١ ـ هل تعاني من تهيؤات عابرة؟
٢٢ ـ هل تخاف من احتمال تكرار الكارثة؟
٢٣ ـ هل تخاف من اجتياز الأماكن الفسيحة؟
٢٤ ـ هل تخاف على وجه العموم؟
٢٥ ـ هل تخاف من الإصابة بالمرض؟ (حدِّد)
٢٦ ـ هل تخاف من الموت؟
٢٧ ـ هل تخاف من الجنون؟
٢٨ ـ هل تتخذ إجراءات احتياطية وكأن الكارثة ستتكرر؟

ثانياً ـ النتائج

إن استخراج النتائج من خلال هذه المقابلة لا يعتمد على تحليل نتائج الأسئلة المطروحة أعلاه، كما أنه لا يعتمد على لوائح التشخيص التقليدية، بل على خبرة الفاحص. فلا يتعدى دور هذه الأسئلة مهمة توجيه الفاحص لتحري مواطن الخلل في التوازن النفسي والجسدي للضحية (أي كأنها مقابلة مقننة). لذا من الضروري التذكير بالنقاط التالية:

أ ـ المظاهر الهيستيرية: تبدأ هذه المظاهر بالتخدير الحسي (الذي يشبه الشلل الهيستيري المؤقت)، ثم لا تلبث أن تتنوع وتهيمن خلال الفترة التي تعقب الكارثة مباشرة. هذه المظاهر تتراوح بين النوبة الهيستيرية الكبرى وبين المظاهر الهيستيرية المتجسدة، التي يستشفها الفاحص من خلال أسئلة الاستمارة الأولى. من هذه التجسيدات الهيستيرية نذكر: ١) شبيه الربو الهيستيري (كأن بلاطة تضغط على الصدر وتعيق التنفس)، ٢) الغصة الهيستيرية ومظاهر الرهاب الهيستيري (خصوصاً على الصعيد الفيزيولوجي حيث تتبدى المظاهر الفيزيولوجية لحالات الخوف العارم، مثل برودة الأطراف والتعرّق وتسارع النبض... إلخ) وغيرها من مظاهر السلوك الهيستيري التي يلاحظها الفاحص أثناء المقابلة ويسجّلها في الفقرة الأخيرة من الاستمارة الأولى. هنا لا بد من التذكير بأن الهيستيريا هي علامة حياة (أي أنها مساعدة على استعادة الجهاز النفسي ـ الجسدي لتوازنه)، فهي تعكس محاولة دفاعية يبذلها الجهاز النفسي ـ الجسدي لمقاومة خلل توازنه الطارىء بسبب صدمة الكارثة. من هنا قولنا إن هيمنة المظاهر الهيستيرية تقلل من معاناة الضحية لحالات التكتم والحزن غير المستنفد ومشاعر الذنب تجاه

ضحايا الكارثة وغيرها من المؤشرات التي تشجع ظهور الأمراض البسيكوسوماتية.

ب ـ عصاب الكارثة المزمن: إن عصاب الكارثة مرض ذو ديمومة يتحول إلى مزمن في حال عدم علاجه، إذ تفشل محاولات المريض الذاتية للتخلص من هذا العصاب، بالرغم من الجهود التي يبذلها كي يتجنب التفكير في الكارثة ولكي يحدث تغييرات في حياته تساعده على هذا النسيان. من هنا شكوكنا حول إمكانية الشفاء التلقائي من هذا العصاب، إذ قد نلاحظ تراجع حدة عوارض التكرار وتباعد فترات ظهورها، مما قد يوحي بالتحسن، لكننا نلاحظ في المقابل ظهور اضطرابات طبائعية تترسخ تدريجياً.

على الفاحص، اذن، أن لا يفاجأ إذا ما اكتشف علاقة بين الحالة المعروضة عليه وبين صدمة نفسية مضت عليها السنوات. ذلك أن الآثار النفسية للكارثة يمكنها أن تخمد لفترة (كأنها جداول مياه جوفية) ثم تعود إلى الظهور بأشكال جديدة يمكنها أن تضلل الفاحص وتصرف انتباهه عن العلاقة بينها وبين الكارثة. هذا التضليل غالباً ما يحدث في حالات الوساوس المرضية التي تتبدى، بعد سنوات من الكارثة، بصورة حادة مترافقة مع الخوف من الموت ومن فقدان التكامل العقلي (الجنون). وتقودنا احتمالات هذا الخمود المؤقت إلى مناقشة إنذارية عصاب الكارثة.

ثالثاً ـ انذارية عصاب الكارثة

إن تحديد هذه الإنذارية يعتمد على تحديد العوامل التالية: أ) تحليل المظاهر الحالية والاضطرابات الطبائعية المرافقة لها، ب) البنية الأساسية، ج) علائم المرض الجسدي.

أ ـ تحليل المظاهر الحالية: إن مواجهة الكارثة هي وضعية قلقية من الدرجة الأولى. من هنا اعتبار جميع مظاهر القلق، المتبدية لدى المصدوم، بمنزلة ردود الفعل الطبيعية. لكن عناية الفاحص يجب أن تتوجه نحو التعقيدات النفسية ـ الجسدية لهذه المظاهر، إذ يمكن لقلق الكارثة أن يتطور نحو الهلع والخوف من الموت والجنون، كما يمكنه أن يتطور نحو خلل وظيفي ـ دماغي يتبدى على صعيد النوم الذي تضطرب مراحله. ويؤدي هذا الاضطراب إما إلى تشويش القدرات المعرفية ـ الإدراكية (وصولاً إلى حالات الذهان العابر) وإما إلى اضطراب الحياة الحلمية، الذي يقسم بدوره إلى فئتين: عصابي ـ نفسي (أحلام متكررة، كوابيس على علاقة بالكارثة. . . إلخ)، وعصابي ـ نفسدي (أحلام فظة أو غائبة أو تكرارية أو عملياتية). في هذه الحالة الأخيرة، يكون اضطراب الحياة الحلمية مقدمة لظهور الأمراض البسيكوسوماتية، إذ تشير تجارب مارتي إلى معاناة كافة المرضى البسيكوسوماتيين كافة من هذا النوع من اضطراب الحياة الحلمية[1]. الأمر الذي يقودنا إلى تعريف هذه الاضطرابات ونبدأ بـ:

- الأحلام الفظة: وهي أحلام يتبدى فيها اللاوعي بدون رقاباته المعهودة.
- الأحلام التكرارية: وهي أحلام متكررة في مضمونها وفي فكرتها.
- الأحلام العملياتية: وهي التي تعكس مشاهد من الحياة العملياتية للحالم.
- غياب الأحلام: وتشير هذه الحالة إلى اضطراب الوعي والقدرات المعرفية الإدراكية.

---

(١) بيار مارتي: الحلم والمرض النفسي والنفسدي، مرجع سبق ذكره.

ب ـ **البنية الأساسية**: ويختلف تحديدها باختلاف المدارس، لكننا نشير إلى ضرورة الربط بينها وبين التغيرات الطارئة عليها بسبب الصدمة.

ج ـ **علائم المرض الجسدي**: وتحددها الفحوصات الطبية وتكملها استمارة تحري العوارض النفسية ـ الجسمية[١].

رابعاً ـ العلاج

إن علاج اضطرابات الضغوط عقب الصدمية[٢] يختلف باختلاف هذه الاضطرابات التالية للكوارث وللحروب، كما سبقت الإشارة إلى ذلك في سياق عرضنا للنماذج العيادية. لكن هذه الخصوصية لا تمنع اقتراحنا للخطوط العريضة المشتركة في علاج هذه الحالات وهي[٣]:

أ ـ **العلاج الدوائي**: بما أن مواجهة الكارثة هي وضعية قلقية واضطهادية من الدرجة الأولى، فإننا نرى ضرورة ملحة لاستخدام مضادات القلق بهدف الحد من احتمالات تعقيد هذه الحالات، خصوصاً بعد ظهور مضادات القلق من فصيلة معيقات دفق السيروتونين، وهي أدوية فاعلة وخالية من المحاذير والآثار الجانبية المعروفة في مضادات القلق التقليدية[٤]. أما إذا ظهرت العلائم الذهانية، فإننا ننصح بعدم استعمال المهدئات العظمى بل باستخدام المنومات في دورات تنويمية وفق ما تقتضيه الحالة[٥].

ب ـ **العلاج النفسي**: بغض النظر عن الطريقة العلاجية المتبعة، فإن هدف العلاج النفسي يجب أن يتمحور حول ضرورة تفريغ مشاعر الحزن والقلق غير المستنفدة ومساعدة المريض على تعقيل هذه المشاعر.

ولا شك في أن معايشة الحدث الكارثي ترتبط ارتباطاً مباشراً بأسلوب الضحية في التعايش مع فكرة موته الشخصي. هذه الفكرة المرتبطة مباشرة بالعقل الجماعي، تصبح تافهة أمام الكوارث المعنوية التي تهدد العقل الجماعي، برمته، حيث يتمنى الفرد حدوث موته الشخصي، بل إنه قد يسعى إلى وضع نهاية لحياته هرباً من الكارثة المعنوية. لهذه الأسباب، تختلف معايشة الحدث نفسه من ثقافة إلى أخرى ومن أمة إلى أخرى. فإذا ما أردنا دراسة كوارثنا العربية، وجب علينا أن نقوم باستعراض أسلوب جمهورنا في معايشة الكوارث والصدمات السابقة. . هذا إذا أردنا إرساء هيكلية برنامج وقائي واستراتيجية علاجية تدعم جمهورنا في وجه كوارثنا المقبلة التي تشكل بحد ذاتها تهديداً ذا أثر صدمي.

---

(١) Beverly, R. et Al: op.cit.

(٢) Roge, B. et Al: «Pathologie émotionelle chez un enfant de 7 ans après tremblement de terre». in *An. Med - Psy*. Paris, 1984, 142, n° 3.

(٣) محمد حمدي حجار: «نحو استراتيجية قومية لعلاج الأسرى العرب»، مجلة الثقافة النفسية، العدد السابع عشر، يناير ١٩٩٤.

(٤) Bieder, J: «Sequelles tardives et retardées da la catastrophe concentrationnaire». in *An. Med-psy*, Janvier, 1984, p. 277 - 282.

(٥) محمد أحمد النابلسي: معجم العلاج النفسي الدوائي، بيروت، دار ومكتبة الهلال، ١٩٩٤.

الفصل العاشر

مقابلة مقترحة لفحص المصدومين العرب *

تمهيد:

إن رعاية ودعم الناجين من الكوارث هي من المسؤوليات الأخلاقية للطبيب النفسي. إلّا أن تلاحق الكوارث المصطنعة منذ بداية القرن وحتى يومنا الحاضر، أدى إلى إفراد خانات واختبارات وأساليب فحص وعلاج خاصة بهذه الحالات، الأمر الذي أدى إلى بداية تفرد وانبثاق اختصاص جديد ـ فرعي في الطب النفسي هو فرع الكوارث.

في عالمنا العربي المعاصر انفجرت براكين الصراع بمختلف أشكاله. فكانت صراعات التحرر من الاستعمار والجولات المتعددة للصراع العربي ـ الإسرائيلي وحرب الخليج الأولى. كما كانت الصراعات الأهلية وأخطر منها الصراعات العربية ـ العربية، التي تبدو كتلك الأفعى الخرافية التي كلما قطعت لها رأساً نبت مكانه رأسان، حتى بات عالمنا العربي مزروعاً ببراكين الصراع التي تهدد بالانفجار دون سابق إنذار.

إن الخطورة الحقيقية لهذه الصراعات تكمن في كونها مظهراً متطوراً من مظاهر تفكك الشخصية العربية، مما يحوّل هذه الشخصية نحو الفصام الأممي. وحيث إن هذه الكوارث هي كوارث معنوية بالدرجة الأولى، لذا فإنها تهدد العقل العربي بالانشطار Scision بين الأنا (الذات العربية) وبين الجسد العربي (المتمثل بالبلد المتعرض للكارثة)، حتى بات الإنسان العربي يتساءل: ماذا سيحصل لي إذا ما فقدت بلدي؟ هذا ويضيع هذا التساؤل أمام حدة انشطار العقل العربي الناجم عن تفكك الأنا التي تحولت إلى عامل مسبب للاختلال عوضاً عن أن تكون مصدراً للتوازن، حتى تبدت على الإنسان العربي علائم فصامية أساسية منها الشعور بعبء الانتماء لدرجة نكرانه أحياناً. وهكذا نجد أن الصدى المعنوي لكارثة الإنسان العربي يعطي معاناته ألواناً غير مألوفة من الألم الأخلاقي والمعنوي حتى تكاد الكارثة أن تفقد أبعادها الفردية.

في العيادة العربية نجد أنفسنا أمام أعداد متزايدة من الناجين جسدياً من هذه الكوارث والواقعين ضحايا لأبعادها المعنوية. هؤلاء الضحايا لا نقابلهم بالضرورة في أماكن الصراع بل قد نقابلهم في أماكن بعيدة جداً عن بؤر الصراع، مع ذلك فإنهم يعانون من الصدمة وأقلّه من أحد مظاهرها ألا وهو مظهر «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة».

(*) محاضرة أُلقيت في مؤتمر الكويت لاضطرابات الصدمة النفسية ـ نيسان/ابريل ١٩٩٤.

إن خاصية العقل العربي وخاصية كوارثه الراهنة تجبر الاختصاصي العربي على التدخل، أقله على صعيد دعم الأفراد وعلاجهم من أثر هذه الكوارث. لكن هذا التدخل يصطدم بعوائق عديدة أهمها غياب قواعد تشخيص هذه الحالات. فلو أخذنا التصنيف الأميركي لهذه الحالات لوجدنا أنه يعاملها على أنها حالة قلقية ـ فردية مفقداً إياها أبعادها المعنوية وهي الأهم والأخطر. من هنا فإن حاجتنا لقواعد التشخيص هي حاجة حياتية لأنها الوحيدة القادرة على مساعدتنا كي نفهم معاناة الإنسان العربي بما فيها من عناصر الألم الأخلاقي والمعنوي. كما نحتاج لهذه القواعد لتحديد منهجيات العلاج والوقاية في وجه كوارثنا القادمة. من هنا فإن المسألة ليست مسألة نقاش نظري أو ترف فكري أو مجرد رغبة في التمايز. فهذا العقل العربي المتميز بوجدانيته يمكنه أن يستسهل إيذاء الذات وأن يفضل الانتحار على الاستمرار في الحياة تحت وطأة هذه الأوجاع.

إن تجربتي في العيادة العربية للمصدومين وإدراكي للأبعاد المعنوية لكوارثنا هما وراء اقتراحي لهذه المقابلة العيادية، خصوصاً وأن طابع المعايشة الوجدانية للإنسان العربي يجعل من المستحيل تحويل معاناته إلى جداول وأرقام وبنود محددة.

أ ـ أهمية الدراسة

إن خاصية العقل العربي وخصوصية كوارثه الراهنة تدفعان بالباحث إلى محاولة إيجاد وإرساء منهجية عربية لدراسة الكوارث، وذلك كخطوة نحو تحقيق الأهداف التالية:

١) تقديم الدعم والعلاج للمصدومين.

٢) العمل على استشفاف وتبيّن الانعكاسات المستقبلية لكوارثنا الراهنة، على الصعيدين الفردي والجماعي.

٣) تأمين القواعد التشخيصية التي تتيح لنا تحديد استراتيجية علاجية ـ وقائية للضحايا العرب.

٤) الاستعداد لمواجهة كوارثنا المستقبلية.

٥) العمل على دعم مستوى اللياقة النفسية للإنسان العربي وللشخصية العربية عموماً.

من جهتنا فإننا لا نجرؤ على الادّعاء بأن ما نقترحه في هذا المجال يمكنه أن يكون أساساً لتحقيق هذه الأهداف. فالمقابلة التي نقترحها لا تخرج عن كونها مساهمة عيادية متواضعة نضعها في تصرف العياديين العرب.

ب ـ الدراسات عبر الحضارية

في غياب القواعد العربية لتشخيص الحالات الكارثية وجدنا الباحثين العرب يعتمدون في غالبيتهم التصنيف الأميركي لهذه الحالات (D.S.M. III-R) الذي يدرجها في خانة «اضطرابات الشدة عقب الصدمية» (P.T.S.D.). من حيث المبدأ، نجد أن هذا التصنيف هو بمنزلة لغة عالمية يفهمها جميع العياديين في العالم. من هنا فإن استخدامها كوسيلة للمخاطبة عبر الحضارية هو استخدام طبيعي، لكن علينا أن ندرك أن هذه اللغة قاصرة عن التعبير عن مشاعر ومعاناة مريضنا. فالفوارق عبر الحضارية تفرض نفسها بقوة في ميدان دراسة الكوارث، حيث الكارثة تهدد بالموت، والموت هو ذلك المجهول الذي يفهمه كل منا حسب مفهوم الحضارة التي ينتمي إليها.

هذا وتشير أدبيات الطب النفسي إلى وجود فوارق عبر حضارية أساسية وملموسة في أساليب معايشة الكارثة وأصدائها الجسدية والمعنوية. إذ تشير الأبحاث الفرنسية، حول مصدومي الحرب العالمية الثانية، إلى وجود فوارق نوعية وكمية بين جنودها المختلفي الجنسيات وذلك على صعيد ردود الفعل أمام تهديدات المعارك. فقد لاحظ الباحثون انتشار ردود الفعل السيكوسوماتية بين الفرنسيين في حين انتشرت ردود الفعل الهيستيرية بين السنغاليين المحاربين في الجيش الفرنسي(١). من جهة أخرى، فإن الدراسات الألمانية تشير إلى عنصر المعايشة وإلى التغيرات اللاحقة في جهاز القيم في الحضارة نفسها. إذ تشير هذه الدراسات إلى هيمنة ردود الفعل الهيستيرية إبان الحرب العالمية الأولى وإلى هيمنة تلك السيكوسوماتية خلال الحرب العالمية الثانية(٢). أما لدى الأميركيين فإن الدراسات تشير إلى تمازج ردود الفعل الهيستيرية مع تلك السيكوسوماتية لدى المقاتلين في حرب فيتنام، ذلك دون تحديد الأصول العرقية للمصابين. في حين تشير الدراسات الأخيرة إلى هيمنة ردود الفعل السيكوسوماتية لدى الأميركيين المقاتلين في حرب الخليج.

من هذا الاستعراض السريع نجد أن الآثار النفسية للكارثة تتعلق مباشرة بالمسائل الحضارية. فالعوامل الحضارية لا تكتفي بتحديد الموقف المباشر من الكارثة بل هي تتعدى ذلك إلى رسم أبعاد هذه الكارثة. من هنا كانت أهمية إرساء منهجية خاصة لدراسة الكوارث العربية وتحديد أسلوب مقابلة خاصة لهذا الهدف. خصوصاً وأن مكتبتنا العربية تكاد تكون خلواً من الدراسات في هذا الميدان، مما يجعلنا عاجزين عن عقد المقارنات والعمل على تبيان نقاط الالتقاء والاختلاف بين أسلوبنا في معايشة الكارثة وبين أساليب الآخرين في هذه المعايشة.

ج ـ أزمة التشخيص

يشكل التشخيص حجر الأساس الذي تستند إليه الاستراتيجية العلاجية، وعليه فإن ثغرات التشخيص تنعكس عيادياً على شكل قصور في الرؤية العلاجية. فلو نحن راجعنا الدراسات، من عربية وأجنبية، التي تناولت الضحايا العرب لوجدنا أن غالبيتها قد اعتمدت الدليل الأميركي لتصنيف الاضطرابات العقلية (D.S.M. III-R) بطبعته المراجعة(٣) (١٩٨٧). هذا الدليل يصنف هذه الحالات في خانة «اضطرابات الشدة عقبة الصدمية» (P.T.S.D.) حيث نجد في هذا البند ثغرات عديدة يمكنها أن تؤثر سلباً على مستوى الرعاية التي نقدمها لمرضانا. من هنا كانت ضرورة عرض هذه الثغرات بإيجاز حتى وإن فتح مثل هذا الإيجاز الأبواب واسعة أمام سوء التفسير. لكننا نأمل أن يؤدي عرضنا اللاحق لبنود المقابلة إلى إزالة مثل هذا الالتباس.

في ما يلي نعرض استناداً لتجربتنا في العيادة العربية لثغرات هذا التصنيف(٤) ونبدأ بـ:

---

(١) Sosini, Bardenet, Manceaux: cité de Crocq. L et al: «Névrose de la guerre et stress de combat». in *Psy. Med.* 1978, 10, 9, (1705 - 1718).

(٢) Saada. D: *Introduction à l'oeuvre de Marty*, Paris, UER, 1978.

(٣) DSM III-R: *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, A.P.A. - 1987.

(٤) راجع أيضاً ما ذكرناه في الفصل السابع من هذا الكتاب.

١) إنه يتجاهل بند «الشعور بالذنب لدى الناجين من الكوارث» بما يتنافى مع هيكلية وديناميه العلاقات الإنسانية في المجتمع العربي.

٢) إنه يعتمد مبدأ الصدمة الوحيدة. في حين يعاني مريضنا من صدمات متلاحقة وعلى مستويات مختلفة منها الفردي والمعنوي والوطني والأممي . . . إلخ.

٣) إنه يقسم الأعراض إلى حادة ومتأخرة. وفي هذا التقسيم نجد مخالفة منطقية خطرة على المنطقة العيادي. حيث الحادة تقابلها المزمنة، والمتأخرة تقابلها المبكرة، حتى لنتساءل عن المكان الذي ندرج فيه الأعراض المتبدية لدى مريض تعرض لأكثر من صدمة. فهل نعتبر أن هذه الأعراض حادة ونردها إلى الصدمة حديثة العهد، أم نعتبرها متأخرة فنردها إلى الصدمات الأقدم عهداً؟

٤) إنه يحدد مدة حضانة الأعراض بستة أشهر، أي أنه يصلح لدراسة ردود الفعل الصدمية لصدمات لا تعود إلى أكثر من سنة واحدة. في حين تشير جميع الدراسات إلى أعراض يتأخر ظهور بعضها بضع سنوات.

٥) إنه يهمل الانعكاسات البسيكوسوماتية للكارثة. في حين تشير كافة الدراسات الطولية إلى استحالة إلغاء هذه الانعكاسات أو تجاهلها. ثم وفي التعديل الأخير لهذا التصنيف (D.S.M. IV) نجد محاولة لاستيعاب هذا النقص ولكن بارتكاب خطأ آخر يتمثل ببعثرة الأعراض وتوزيعها على صعد ثلاثة هي: أ) الأعراض القلقية، ب) الأعراض الراهنة (أو المتظاهرة حديثاً)، ج) صعيد الشخصية. بذلك فإن هذا التعديل يبعثر الأعراض ويفقدنا النظرة التكاملية المؤدية إلى إرساء جدول عيادي متماسك، خصوصاً وأنه من غير المستبعد أن تحدث الكارثة تغييرات في الشخصية.

٦) إنه يهمل حالات الذهان العابر. مما يوحي للفاحص بتصنيف هذه الحالات في عداد الذهانات التقليدية. هذا الإهمال لا يمكن تجاوزه في العيادة العربية حيث تشير تجارب الأطباء العرب إلى انتشار أوسع لحالات الذهان العابر بالمقارنة مع المجتمعات الأخرى.

٧) إنه يهمل «هوام لحظة الكارثة» Fantasme du moment de la crise المتمثل بالخوف الهاجسي من تكرار الحدث الكارثي، هذا الهاجس الذي يشكل عاملاً شدياً إضافياً من الدرجة الأولى.

٨) إنه يهمل عناصر المعايشة إهمالاً تاماً، مع أنه العنصر الوحيد القادر على تفسير أسباب اختلاف ردود الفعل لدى المجموعات البشرية المتعرضة للظروف الكارثية نفسها (مثال ذلك الفوارق بين مظاهرات الصدمة لدى الفرنسيين والسنغاليين المحاربين مع الجيش الفرنسي إبان الحرب العالمية الثانية).

٩) إنه يهمل مجرد الإشارة إلى مشاعر الغضب ورغبات الانتقام المرافقة لمعايشة الكارثة، ذلك على الرغم من أهمية وضرورة التصدي لعلاج هذه المشاعر وتقنينها وتوجيهها في الاتجاه الصحيح. كما لا يخفى أثر هذه المشاعر في زيادة حدة معايشة الصدمة وتوسيع أبعادها وبالتالي إلى تعقيد المظاهر عقب الصدمية.

١٠) إنه يصنّف العصاب الصدمي في إطار الاضطرابات القلقية. لكن تجربتنا تشير إلى أن علاج الصدمة على أنها حالة قلقية هو علاج قاصر وعاجز عن منع الصدمة من التحول نحو الإزمان.

وإذا كانت هذه الانتقادات مجتمعة تندرج في خانة العمل على تعميق فهمنا لهيكلية الاضطراب الصدمي ولدينامية تأثيره، فإن معارضتنا لاستخدام هذا التصنيف في حالات الأطفال هي معارضة منهجية مبدئية. ذلك أن (أ. ش. ع. ص.) يستند إلى طابع التكرار المألوف لدى الأطفال بغض النظر عن تعرضهم للصدمة أو عدم تعرضهم لها. من هنا عدم الصلاحية المطلق لتطبيق معايير هذا التصنيف (P.T.S.D.) على الأطفال.

د ـ المقاييس المستخدمة في حالات الصدمة

في هذا المجال نجد اختلافاً في رؤية عياديّينا العرب. حيث يتبنى بعضهم مبدأ ترجمة المقاييس الأجنبية وتقنينها وتعديلها بما يلائم واقع مريضنا، في حين ينادي آخرون بضرورة وضع مقاييس عربية خاصة.

في هذا المجال فإننا نميل إلى الموقف الثاني ولكننا لا نجد بأساً من تبني الموقف الأول تحت ضغط الحاجة الملحة إلى هذه المقاييس في العيادة العربية. على أن المقاييس الأكثر أهمية بالنسبة لموضوعنا هي تلك المستخدمة في عيادة الصدمة. من هنا كانت ترجمتنا لهذه المقاييس[1]، ونخص منها بالذكر:

١) مقياس الشدة النفسية[2] Stress Scales: وفيه مؤشر فقدان يقيس درجة قرب الشخص من المفقود، ومؤشرات تقيس تهديد الحياة ومدى الإنذار ودرجة مواجهة التهديد الجسدي، بالإضافة إلى العوائق التي ينبغي الهرب منها، وأيضاً مؤشر يحدّد مدى الإصابة على ميزان من ثلاث نقاط.

٢) قائمة الخبرات الكارثية[3] Inventory of Disaster Experiences: وقد طور ماكفرلان هذه القائمة استناداً إلى تجاربه في التعامل مع ضحايا الكوارث.

٣) إدراك الشدائد المرافقة للخبرات الكارثية[4] Suggested Scale for Rating the Dimensions of the Disaster According to their Perceived Stressfulness.

٤) الاستجابات السلوكية أمام الكارثة[5] Disaster Behavioral Responses.

٥) مقياس تأثير الحدث الكارثي[6] Impact of Events Scale.

---

(١) مجموعة من الباحثين (إشراف محمد النابلسي): الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩١.

(٢) Green, B.L. et al., (1983). «Levels of Functional Impairment Following a Civilian Disaster: The Beverly Hills Super Club Fire». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (4), PP: 573 - 580.

(٣) McFarlace, A.C. (1984 - 86). «Studies and Consequences of the Ash Wednesday Bushfires: Fire Fighters». Personal Communication. Flinders University, Adelaide, South Australia.

(٤) *General Inventory of Disaster Experiences*، مصدر مذكور سابقاً.

(٥) Suggested Scale for Rating the Dimensions of the Disaster According to their Perceived Stressfulness مصدر مذكور سابقاً.

(٦) Horowitz, M. Wilner, N and Alvarery, W. (1979): «A Measure of Subjective Stress» *Psychosomatic Medicine*, 41, pp. 209 -218.

٦) دليل القلق الصدمي[1] Traumatic Anxiety Stress.

٧) استمارة الآثار المتأخرة للحوادث الصدمية[2] Late Effects of Accidental Injury Questionnaire.

لقد انتقينا هذه المقاييس تحديداً لأن العيادة العربية هي اليوم بأمس الحاجة لها كي تتوصل إلى إرساء استراتيجية وقائية ـ علاجية للتعامل مع المجموعات الكبيرة عددياً من ضحايا الكوارث، هذه الحاجة التي تصل أحياناً إلى تطبيق هذه المقاييس واستخدامها بدون تقنين أو تعديل. على أن تكون الخطوة التالية قيام فريق عمل عربي، من الاختصاصيين المتعاملين مباشرة مع التجارب الكارثية العربية، بتطوير مقياس عربي خاص بواقعنا الفصامي المولّد للكوارث.

تبقى الإشارة إلى أن تجربتنا العيادية دفعتنا إلى اعتماد أحد الاختبارات الإسقاطية بهدف توجيه المقابلة وتكوين فكرة عن عقبات تعقيل الكارثة لدى الشخص، بحيث توجِّه نتائج الاختبار المقابلة التي نضع التشخيص على أساسها (يدعى هذا الاختبار بـ: «اختبار رودولف»).

هـ ـ نقص الإمكانيات

تتميّز الكوارث العربية بحجمها وبأصدائها التي تطال مجموعات بشرية واسعة، الأمر الذي يقتضي منا العمل على إرساء منهجية عربية خاصة للتعامل مع كوارثنا على أساس وبائي. . هذه المنهجية التي تقتضي منا تحقيق الخطوات التالية:

١) إيجاد المقاييس الصالحة للاستخدام والمقننة في مجتمعنا، وتحديداً المقاييس الخاصة بالأطفال، سواء أكانت هذه المقاييس منقولة أو موضوعة.

٢) إرساء المعايير التي تساعدنا على تحديد المجموعات البشرية المتأثرة بالكارثة، وبالتالي تلك التي تحتاج إلى الدعم والعلاج والمراقبة الطولية.

٣) تحديد الأطر والمرجعيات الأخلاقية ـ السياسية التي تحدد بدورها حجم وميدان تدخّل الاختصاصيين، كما تحدد توقيت هذا التدخّل الذي يُمكن أن يكون سابقاً للكارثة عن طريق جهود التوعية والتدريب على مواجهة الكارثة، أو هو يكون أثناءها من خلال المساهمة في تقنين ردود الفعل المباشرة وتوجيهها بالاتجاه الصحيح، أو أخيراً يكون هذا التدخّل بعد الكارثة حيث تكون أهدافه متمحورة حول علاج الآثار الصدمية والحد من احتمالات تعقيدها.

٤) تأمين تراكمية المعلومات التي من شأنها أن تساعدنا على التحديد العاجل للعوامل التالية:

أ ـ أبعاد الكارثة لدى المجموعات المتأثرة بالكارثة.

ب ـ أصداء الكارثة على الصعيدين المادي والمعنوي.

ج ـ السلوك خلال الكارثة، وهو يتمحور أساساً حول مفهوم الموت لدى المتعرضين لها.

---

(١) Weisaeth, L. (1983). *The Study of a Factory Fire*. Doctoral Thesis. University of Oslo.

(٢) *Late Effects of Accidental Injury Questionnaire* (L.E.A.I.Q). Malta U.P. (1988); «The Long Term Consequences of Accidental Injuries». *British Jornal of Psychiatry*, 153, pp. 810 - 18.

د ـ ردود الفعل عقب الكارثية.

هـ ـ تحديد المتغيرات التي يمكنها أن تؤثر في تطور الآثار الصدمية (سلباً أم إيجاباً).

و ـ إرساء خطط وقائية وعلاجية صالحة للتطبيق في حالة الكوارث المتشابهة.

ز ـ تحديد نوع المساعدة الإنقاذية التي تنتظرها المجموعات المتأثرة بالكارثة، حيث تبرز أهمية التوعية الصحية في إدراج طلب المساعدة النفسية إلى جانب طلبات المساعدة الأخرى.

٥) التنسيق بين الجهات المتعاملة مع الكارثة لتحقيق تراكمية المعلومات المشار إليها أعلاه، حيث يحتل ممثلو الأمن موقع الصدارة في هذا التعامل ويليهم أطباء الطوارىء وفرق الإنقاذ. هؤلاء يمكنهم أن يؤمنوا معلومات هامة مساعدة للأطباء النفسيين كي يرسموا استراتيجية تدخلهم للعلاج الجماعي للضحايا.

إننا ندرك، مما تقدم، مدى تواضع طرحنا لمجرد مقابلة عيادية قد تبدو ساذجة بالمقارنة مع المنهجية المشار إليها أعلاه، الأمر الذي اضطرنا للإطالة في عرض الأسباب والظروف التي أدت إلى تقليص طموحاتنا وحصرها في هذا الإطار المتواضع. وهذا ما يقودنا إلى مناقشة إشكالية نقص الإمكانيات التي نوجزها بما يلي:

أ ـ نقص الخبرات البشرية مما يحول دون تشكيل فرق بحث مدربة تدريباً وافياً ومالكة لإمكانيات انتقاء العينات وتجميع المعطيات على نطاق واسع.

ب ـ نقص الإمكانيات المادية.

ج ـ إن انعدام وجود خطط مسبقة للتدخل يطرح أمام الباحثين مشاكل إحصائية متعددة الأوجه، في طليعتها مشكلة تحديد منهجية التحليل الإحصائي بسبب الفوضى والارتباك المرافقين للكارثة. هذا مع الإشارة إلى أن المشاكل الإحصائية تتعقد عندما يتم تدخل الاختصاصيين بعد مضي بعض الوقت على الكارثة. ففي هذه الحالة تكون بعض الأعراض في طريقها نحو التراجع مما يدفع بالعديدين إلى التراجع عن طلب المساعدة والعزوف عن المشاركة بالأبحاث، هذا بالإضافة إلى الطابع الاسترجاعي لمثل هذه الدراسات.

د ـ عدم وجود الدراسات والملاحظات التي تحدد للباحث عوامل وأسباب امتناع الضحايا العرب عن الاشتراك في الدراسات التي تتناول معاناتهم، وأيضاً عزوفهم عن طلب العلاج والدعم النفسي لمواجهة آثار الكارثة.

و ـ الخطوات العملية للمقابلة السيكاترية للمصدومين العرب

إن ما عرضناه في الصفحات السابقة يشكل الأساس النظري للمقابلة التي نقترحها. كما يشكل هذا العرض آفاق الطموح الذي تسعى إليه هذه المقابلة.

بالانتقال من النظري إلى العملي نقول إن الكارثة تكون كارثة بمقدار تهديدها للحياة. من هنا كانت ضرورة تقسيم الكوارث على النحو التالي[1]:

(1) Moussong, E.K - Naboulsi, M: «Representation du temps pendant le désastre» - Congrès international de psychiatre, Athène 1989.

١) الكارثة الناجمة عن تهديد خارجي، سواء كان هذا التهديد اصطناعياً أم طبيعياً.

٢) الكارثة الناجمة عن تهديد من داخل الجسد، سواء كان ناجماً عن مرض أو إصابة حقيقية أم كان ناجماً عن توهم المرض.

٣) الكارثة المعنوية، سواء الفردية منها (اضطراب العلاقة مع الآخر) أو الجماعية (عندما تطال الكارثة الذات الجماعية).

٤) كارثة فقدان التكامل العقلي، حيث يحسّ الشخص بانخفاض قدراته المعرفية بحيث يتحول إلى الخوف من تهاوي قدراته العقلية (الجنون)، سواء كان هذا الخوف واقعياً أم وهمياً.

ميزة هذا التقسيم أنه يتيح للفاحص تحديداً أدق لأبعاد الكارثة. فهذا التقسيم، المستمد من تجاربنا العيادية، قد أكد لنا أنه أفضل الوسائل لتحديد أبعاد الكارثة وأصدائها وأيضاً للتفريق بين فئات ومجموعات المتعرضين للكارثة. فقد رأينا من خلال متابعتنا، طويلة الأمد، أن المتعرضين للتهديد بسبب الحرب يمكنهم أن يظهروا بعد فترة من الوقت ردود فعل كارثية من نوع مخاوف المرض أو الجنون أو اضطراب العلاقة (الفردية أو الجماعية) بالآخر، الأمر الذي يغرينا باقتراح تصنيفات فرعية للمتعرضين لكوارث الحروب. وهذه التصنيفات هي:

١) صدمة الحرب البسيطة: حيث تستمر ملامح ردود الفعل الهيستيرية بعد فترة من حصول الكارثة.

٢) صدمة الحرب الهجاسية: حيث تتمازج وساوس المرض والخوف من الموت مع بعض المظاهر الهيستيرية وذلك بعد فترة لا تزيد عامةً على الثلاثة أشهر بعد التعرض للصدمة.

٣) صدمة الحرب ـ رهاب الجنون: وتأتي عادةً كوجه من وجوه تعقيد صدمة الحرب الهجاسية وفيها يسيطر الخوف من الجنون، مع الإشارة إلى أن الأصناف الثلاثة، المذكورة أعلاه، للصدمة لا تترافق مع الأبعاد المعنوية للكارثة بسبب انشغال الفرد بذاته. كما نذكر بأن الطابع الهيستيري الملازم لهذه الأصناف من شأنه أن يقلل من احتمال الإصابة البسيكوسوماتية. فبالرغم من الشكاوى المرضية العديدة والمتنوعة لهؤلاء فإننا نجد أنها لا تستند إلى أي أساس عضوي، بل هي تبقى في نطاق الاضطرابات الوظيفية.

٤) صدمة الحرب ـ البسيكوسوماتية: حيث نصادف هذا الصنف لدى الضحايا المستترة. ذلك أن التعقيدات البسيكوسوماتية غالباً ما تظهر لدى الأشخاص المتكتمين. هذا دون أن نهمل احتمالات ظهور انتكاسات الأمراض البسيكوسوماتية بمناسبة تعرض الشخص للشدة الصدمية.

٥) صدمة الحرب ـ الكارثة المعنوية: في هذه الحالات نلاحظ تضاؤل الأهمية الفردية أمام الأبعاد المعنوية للحدث الكارثي، مما ينفي مخاوف الموت والمظاهر الهيستيرية ويشجع التساميات.

إن هذا التقسيم يستند إلى الطريقة السلبية في الدراسات الوبائية. فهو يعتمد على ثلاثة آلاف ملف من عيادتنا الخاصة، حيث تم جمع المعلومات وفق الظروف التالية:

أ ـ الطريقة المتبعة: مقابلة سيكاترية فردية ومفصلة.

ب ـ العوامل المادية: كان المرضى ممن يملكون القدرة على متابعة العلاج.
ج ـ العوامل الجغرافية: توزع المرضى على المناطق اللبنانية كافة وكان بينهم عدد لا بأس به من المقيمين.
د ـ نوعية الخدمات المقدمة: خدمات عيادية تجمع بين العلاج الداعم والعلاج الدوائي.

ولقد اضطررنا لاستخدام هذه الطريقة بسبب سهولتها وانخفاض تكلفتها. وعلى أساسها سجلنا الملاحظات التي دفعتنا إلى طرح هذا التقسيم الذي يطرح على العيادي ضرورات فهم الهيكليات العصابية المميزة لكل من هذه التعقيدات على حدة. فهذا الفهم ضروري إذا ما نحن أردنا الارتقاء بهذا التقسيم إلى مستوى الجدول العيادي المميز لكل حالة من هذه الحالات. لكننا وقبل أن نعرض لهذه الهيكليات نجد من الضروري أن نعرض للأدوات التي استخدمناها في فحصنا لهؤلاء المرضى.

ز ـ أدوات المقابلة

لقد تمكنا من مقاومة إغراء استخدام المقاييس المؤلفة من مجموعة أسئلة لأننا كنا نتعامل مع الضحايا بصورة عيادية فردية، الأمر الذي أتاح لنا فرصة معاينة هذه الحالات من خلال مقابلات فردية في إطار فحص سيكاتري تقليدي، مما سهّل علينا التعمق في مراقبة الحالات وساعدنا على متابعتها بعد فترة قد تطول أو تقصر. واستناداً إلى التقسيم المطروح أعلاه فإن كل فئة منه كانت تحتاج إلى فحوصات مساعدة، إذ يحتاج ذوو الشكاوى الهيستيرية المجسدة Somatisation والهجاسيون إلى فحوصات طبية للتأكد مما إذا كانت اضطراباتهم وظيفية بحتة أم أنها تستند إلى أساس عضوي. أما البسيكوسوماتيين فكنا نقوم بالتنسيق مع أطبائهم العضويين وبهذا ندرك مدى اتساع نطاق التدخل الطبي الاختصاصي في حقل رعاية الضحايا. فهذا التدخل لا يحتمل الإهمال بسبب التعقيدات المحتملة للشدة الطاغية المرافقة لصدمات الحرب. أما على صعيد الفحص النفسي البحت، فقد كنا نستخدم «اختبار رودولف» وهو اختبار توحدي ـ إسقاطي في آن معاً. هذا الاختبار غير مقنن وغير مصنف النتائج ولم نسع من طرفنا إلى تقنينه أو إلى تصنيف نتائجه، إذ كنا نكتفي باستخدامه كموجّه للفحص يمكنه أن يساعدنا على تقدير الحالة الانفعالية للمفحوص ومستوى تكامله المعرفي ـ الإدراكي في معايشته لهذه الحالة وكذلك عناصر الصراع النفسي ـ الداخلي لديه. إن هذا الاختبار يتألف من ست عشرة صورة ذاتية رسمها الفنان الألماني رودولف لنفسه وهو يظهر إيماءات مختلفة محاولاً تقليد الحالات الانفعالية المتفاوتة. فلو راجعنا الإجابات المقدمة لرأينا أنها تندرج في ثلاث خانات: ١) أجوبة وصفية، ٢) أجوبة توحدية، ٣) أجوبة إسقاطية.

إنطلاقاً من هذه الأجوبة كنا نقوم بتوجيه مجرى الفحص بهدف تحرّي عناصر الصراع النفسي الداخلي لدى المفحوص ومدى علاقة هذه العناصر بالاضطراب الصدمي، الذي يعود في بعض الحالات إلى بضع سنوات خلت. بل إن هذه الطريقة قد أتاحت لنا تبيّن العلاقة بين الصدمة الحديثة وآثارها وبين صدمات قديمة ومختلفة نوعياً.

من خلال هذا الاختبار كنا نتوصل إلى فهم الحالة واستيعاب أبعادها واستشفاف علاقتها

بالصدمة مما أوصلنا إلى طرح التقسيم المشار إليه أعلاه. لكننا كنا بحاجة لأدوات مساعدة لتكامل الرؤية العيادية للحالة، إذ بقيت لدينا أسئلة بدون أجوبة، وفي مقدمة هذه الأسئلة سؤال عن إنذارية الحالة واحتمالات تطوراتها المستقبلية، كما كنا مهتمين خصوصاً باحتمالات تطورها نحو الإصابات البسيكوسوماتية. فاعتمدنا بادىء ذي بدء «اختبار غولفي» لكننا لم نلبث أن استبدلناه باستمارة تحرّي العوارض البسيكوسوماتية على أن يقوم الفاحص بملئها بناء على حواره مع المفحوص. فإذا ما تبدت لدى المفحوص مؤشرات المرض الجسدي كنا نطلب له الفحوص الطبية والمراقبة الاختصاصية.

أما بقية الأسئلة فقد بقيت أجوبتها غير محددة بالنسبة لنا وذلك لأن غالبية الحالات كانت تعرض علينا بعد مرور مدة على التعرض للصدمة، الأمر الذي حال دون تمكننا من تحرّي العلاقة بين ردود الفعل المباشرة وتلك المتأخرة وبالتالي من تقسيم الضحايا إلى مجموعات وفق حدة ردود الفعل. لكن المتابعة طويلة الأمد لمئات من هذه الحالات أتاحت لنا إمكانية اقتراح مجموعة أنماط للهيكلية الصدمية العصابية (انظر استمارة ردود الفعل النفسدية المذكورة في الفصل التاسع).

ح ـ قيمة المقابلة ـ تعريف أنماط الاضطراب

يتفق الباحثون على أن ردود الفعل الهيستيرية هي ارتكاسات مشتركة لدى جميع البشر المتعرضين للكوارث. بينما يتعمق منكوفسكي Minkowski في شرحها فيصفها بالتخدير الحسي Affective Anesthesia الناجم عن عجز الحواس عن تعقيل الكارثة. ولقد أثبتت دراستنا لضحايا الكوارث أن عدم التصديق هو ردة الفعل الأولى إزاء الصدمة، وهو يتجلى بمحاولة هيستيرية للتهرب من الواقع الصادم الذي تولده الصدمة.

هنا تلعب الهيستيريا دوراً دفاعياً من الدرجة الأولى. فالتخدير الحسي وعدم التصديق وغيرها هي مواقف من شأنها أن تحد من أبعاد المعايشة المأساوية للكارثة. أما كيف تتطور هذه الارتكاسات الهيستيرية فإن الباحثين يختلفون كل الاختلاف بهذا الشأن، وهذا الاختلاف هو دافعنا إلى تبني النظرة الظاهرية وبالتالي الاستناد على الملاحظات العيادية التي تدل على تطور هذه الارتكاسات في أحد الاتجاهات التالية:

١) المظاهر الهيستيرية المعقدة بما فيها من تجسيدات مثل شبيه الربو الهيستيري Pseudo asthme والغصة الهيستيرية Hypoglossus Hystericus وغيرهما.

٢) الوساوس المرضية: حيث ندرك جميعاً أننا صائرون إلى الموت ولكن ليس الآن. إذ إن صعوبة تخيل موتنا الشخصي تدفعنا إلى اعتماد مبدأ «الموت المؤجل». ثم تأتي الكارثة بصدمة مفادها أن موتنا الشخصي ليس مؤجلاً بالضرورة بل إنه ممكن الحدوث في أية لحظة. على هذا الأساس تنبني هيكلية عصاب الوساوس المرضية وتعقيداته المستقبلية.

٣) رهاب الجنون Lysophobia: إن العجز عن مقاومة الخوف الطاغي من الموت، مع الإدراك الكامل لعدم وجود الأسباب المنطقية الداعمة لهذا الخوف، يدفعان بالشخص إلى الإحساس باحتمال تهاوي قدراته العقلية، بحيث يتحول خوفه من الموت إلى خوف من الجنون.

٤) الأمراض البسيكوسوماتية: من الملاحظات العيادية المؤكدة في الأدبيات الطبية والتي أكدتها

تجربتنا ملاحظة تتعلق بحالة التكتم Alexythymie. هذا التكتم الذي يشكل عنصراً أساسياً في الجدول العيادي للحالات البسيكوسوماتية الناجمة عن الصدمة[1]. من هنا فإن تفريغ الحزن غير المستنفد هو خطوة رئيسية في علاج هذه الحالات، والتكتم هو حالة تقيّد القدرة على التمييز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية ـ الوجدانية. وتنخفض لدى المتكتم القدرة على التخيل وعلى الحلم (لا يرى أحلاماً). إذ تنمو قابليته للتفكير بطريقة عملياتية وغير رمزية، مما يؤدي إلى انخفاض صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في توازن جهازه النفسي. وهو يعجز عن التمييز بين حالاته الانفعالية وبين أحاسيسه الجسدية، بحيث نجد لديه مقاومة كبيرة تمنعه من تقبل فكرة احتمال وجود علاقة بين انفعالاته وبين أحاسيسه الجسدية.

ونعتقد أن استيعاب الفاحص لهذه الهيكليات من شأنه أن يساعده على استيعاب سيرورات تطور الحالة، كما تساعده على التنبؤ بإنذارية الحالة. كذلك نأمل أن تتكامل رؤيتنا لهذه الهيكليات مع رؤى الزملاء العرب المتعاملين مع ضحايا الكوارث على أمل إرساء جداول عيادية خاصة بهذه الحالات.

ط ـ سير المقابلة

من المهم الإشارة إلى أن المصدومين العرب يتجنبون طلب العلاج النفسي الداعم لهم في مواجهة الكارثة. فإذا ما تبدّت لديهم أعراض جسدية أو نفسية فإنهم يفضلون طلب العلاج من العيادات والمستشفيات المعروفة من قبلهم، إذ يصرون على تجنب طلبه في المركز الذي قد انشىء خصيصاً لهذه الغاية. هذا ويسجل ماكفرلان[2] الملاحظة ذاتها بالنسبة للمصدومين الأجانب. لذا فإن تعرف الفاحص على ظروف طلب المساعدة يكون ضرورياً كي يحدد خطوات سير المقابلة. من هذه الظروف نذكر:

١) ردة فعل نفسية عنيفة ومباشرة عقب الصدمة ـ قد تصل إلى حد الذهان العابر ـ وهي الحالة الوحيدة تقريباً التي تصل إلى العيادة السيكاترية في وقت مبكر وقد تتأخر في حالات مثل الانهيار الرجعي.

٢) ردود فعل نفسية ـ فيزيولوجية: تترافق غالباً مع الوساوس المرضية وتظهر بعد مرور بضعة أشهر على التعرض للصدمة. بعدها يفضل المريض اللجوء إلى الأطباء العضويين لعلاج هذه المظاهر، بحيث يصل إلى العيادة السيكاترية متأخراً بضع سنوات.

٣) ردود الفعل البسيكوسوماتية: غالباً ما يتأخر ظهورها لبضع سنوات ثم تتفجر على شكل أمراض أو اضطرابات تتطلب التدخل الطبي ـ العضوي، مما يؤدي عادة إلى استبعاد الطبيب النفسي وغالباً ما يتم تجاهل احتمالات العلاقة بين الصدمة وبين هذه الأمراض.

٤) ردود الفعل التراكمية: قد يؤدي تكرار تعرض الشخص للأوضاع الصدمية إلى اضطرابات

---

(١) Robert Z. Fisch: «Alexithymia,Masked Depression and Loss in a Holocaust Survivor». *British Journal of Psychiatry* (1989), 154, pp. 708 - 710.

(٢) McFarlane, A.C. (1984). «The Ash Wednesday Bushfires in South Australia: Implications for Planning for Future Postdisaster Services». *Medical Journal of Australia*, 141, PP. 286 - 353.

تعقب الصدمة الأخيرة، الأمر الذي يربك الفاحص ويطرح أمامه إشكالية التفريق بين الأعراض المبكرة وبين تلك المزمنة.

إن اطلاع المعالج على هذه النقاط الأربع هو الذي يحدد سير المقابلة، فمن خلالها نستنتج ضرورة التدخل السيكاتري. فالمصدوم يصل إلى العيادة بعد مروره بسلسلة من التجارب العلاجية وبعد خروجه من العيادات الاختصاصية بدون تصنيف، مما يترك لنا سبيلاً وحيداً لكسب ثقته وهذا السبيل هو التحكم السريع بالمظاهر التي يشكو منها. هذا التحكم لا يمكنه أن يتم إلاّ عن طريق العلاج الدوائي وربما بإخضاعه لدورات التنويم. فإذا ما توصلنا إلى التحكم بهذه المظاهر فإننا بذلك نكون قد كسبنا ثقة المريض، وأعدنا له ثقته بجسده وبإمكانية شفائه، مما يتيح لنا اتصالاً أفضل وبالتالي فحصاً نفسياً أعمق يؤدي إلى رسم خطة علاج نفسي داعم للعلاج الدوائي.

على الفاحص في هذه الحالات أن يقنع المفحوص بأن حالته تنتمي إلى مجموعة مألوفة من الأعراض، وبالتالي فإنه ليس وحيداً في معاناته التي لا تملك من الفرادة سوى أنها لم تبدأ علاجها بعد. على أن تجري هذه المقابلة في العيادة فإذا ما أحس الفاحص أن المريض قد فقد ثقته بالطب وبالأطباء فإن عليه أن يركز على الفحص الجسدي وأن يقوم به بدقة معطياً إياه وقتاً أطول، مع مراجعة جميع الفحوصات الطبية التي يحضرها معه المريض عادة. مع التنويه هنا بأن الفحص في المراكز المخصصة للضحايا يختلف عن الفحص في العيادة التي تعتبر أرضاً محايدة بالنسبة للمفحوص وتجنبه الاستجابة بطريقة الانفعال أو بمحاولة طلب مساعدات غير علاجية. على أن تجري المقابلة بالانفراد مع المريض وأن تؤكد له سريتها، وإن كان من الممكن أن تسبق هذه المقابلة مقابلة مع أحد المحيطين بالمريض.

ق ـ حيثيات المقابلة

تهدف هذه المقابلة إلى التوصل إلى نقاط محددة هي التالية:

١) استبعاد التطورات الدرامية للحالة وتأمين سبل الوقاية منها (مع الاستعانة بالزملاء العضويين إذا اقتضت الحاجة).

٢) تحديد الثغرات المعرفية التي تعيق المريض عن تعقيل حالته، أي الموانع التي تدفعه إلى رفض فكرة وجود علاقة بين حالته الانفعالية وتلك الجسدية. من هذه الثغرات ما ذكرناه سابقاً حول: ١) التكتم، ٢) المظاهر الهيستيرية، ٣) الوساوس المرضية.

هنا تجب الإشارة إلى الالتزام بعدم المبالغة في قيمة هذه العلاقة إلاّ إذا كان الفاحص متأكداً من انتماء شكاوى المريض إلى أحد أنماط الاضطراب الصدمي المعرَّفة عيادياً.

٣) تحديد الظواهر المتكررة. فعندما تتكرر الظواهر لا يعود من الممكن أن نردها إلى الصدفة، بل علينا أن نجمع المعلومات حولها باحثين عن أسباب تكرارها وظروف هذا التكرار، الأمر الذي يمكنه أن يساعدنا في تعريف أدق لأنماط الاضطراب، كما يساعدنا على إغناء الخطة العلاجية لهذه الأنماط.

٤) تحديد الشكاوى الدافعة إلى طلب المقابلة وذلك على الأصعدة الثلاثة:

أ ـ النفسي: ردود فعل انهيارية أو قلقية أو هيستيرية أو وسواسية أو غيرها.
ب ـ الجنسي: اضطرابات القذف والانتصاب، البرودة الجنسية أو المهبلية[1].
ج ـ الجسدي: اضطرابات وظيفية أو اضطرابات عضوية.

مع العمل على تبيان مدى تداخل هذه المظاهر وانتمائها إلى أكثر من صعيد، فهذا التبيان هو الذي سيقود خطة العلاج الدوائي.

٥) تحرّي مدى قابلية المفحوص للخضوع إلى الفحوصات النفسية الإكلينيكية، والعمل على تهيئته لذلك في حال عدم القابلية.

الخلاصة

إن هذه المقابلة هي خطوة متواضعة على طريق إرساء منهجية عربية متكاملة التعاطي مع الحالات الكارثية. هذه المنهجية التي تقتضي التعاون بين باحثينا وتبادل الخبرات بينهم وصولاً إلى مناقشة جميع تفاصيل التدخل العلاجي، بدءاً من توزيع الأدوار وتحديدها مروراً بتحديد أطر التدريب على مواجهة الكارثة ومعايشتها وضبط السلوك خلالها وتوجيهه باتجاه الإقلال من أضرار الكارثة، ثم العمل على تنمية أساليب دعم الضحايا وإطلاعهم على أنماط الاضطرابات التي قد تنجم عن الكارثة وأساليب التكيّف بعدها. كل ذلك من خلال استراتيجية محددة لسبل الوقاية والفحص والعلاج.

إننا في مركز الدراسات النفسية نوالي جهودنا في هذا السبيل ونعلق أهمية بالغة على دراسة مفهوم الموت في الفكر العربي وانعكاساته على الصعيد الفردي المتبدية من خلال أسلوب معايشة الزمن. من هنا تطبيقنا لاختبار رسم الزمن (الوقت). كما ترجمنا ٣٨ اختباراً مخصصاً للأوضاع الكارثية إضافةً إلى العديد من مناهج البحث والحالات العيادية. لكننا نرى من الرعونة أن تقوم مجموعة محددة من الأفراد بطرح منهجية قومية وتدّعي أنها متكاملة. من هنا دعوتنا إلى قيام الجمعية العربية للدراسات الكارثية ودعوتنا إلى مناقشة هذه المقابلة المقترحة، وخصوصاً تعريف أنماط الاضطراب الوارد في سياقها.

(١) جاك واينبرغ: عيادة الاضطرابات الجنسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

فهرس

مطبعة دار الكتب ساحة رياض الصلح بناية اللعازارية تلفون: ٦٤٥٠٢٩ (٠١)

١٠٠٠/٩٥/١٢٠٥

نحو سيكولوجيا عربية

□ في الخمسينات من هذا القرن، دخلت «السيكولوجيا»، كعلم، عالمنا العربي لأول مرة، بفضل طموح وجهود نفر من الروّاد الأوائل. ومنذ ذلك الحين، توالت الدعوات إلى إقامة «سيكولوجيا عربية». إلا أن غالبية تلك الدعوات انطلقت من دراسة وتحليل الشخصية العربية، بدلاً من تركيز البحث على المقومات الأولية لهذا العلم ومداخله الأساسية، كالاختبار النفسي، والمصطلح النفسي، والطب النفسي، ومنهجية تدريس العلوم النفسية في معاهدنا وجامعاتنا. فكان أن اتسمت تلك الدعوات بعمومية ذات طابع فلسفي، وبدت وكأنها نوعٌ من الاحتجاج «البارانويائي» القائم على النكوص إلى التراثيات والسلفيات أكثر منها دعوات إلى سيكولوجيا عربية، موضوعية وعلمية... ناهيك عن الكثير من المثالب والثغرات التي اعتورت تلك العملية، لعلّ أبرزها العزوف المتعمّد عن المشاركة في الندوات والتجارب عبر الحضارية، وتنطّح جهات غير متخصّصة أو جهات فردية ذات خبرة منقوصة لإقامة المدرسة العربية المنشودة في ميدان علم النفس.

□ الدكتور محمد أحمد النابلسي، الأستاذ في الطب النفسي ورئيس مركز الدراسات النفسية في لبنان، كانت له آراء وانتقادات ومداخلات فيما خصّ واقع علم النفس الراهن في وطننا العربي، قدّمها في العديد من المؤتمرات العربية والدولية، ونشرها في دوريات علمية وفكرية معروفة، عربية وأجنبية. وقد ارتأى الآن تصنيفها في كتاب، صياغةً لها في قالب فكري علمي محدّد المعالم، وحفزاً منه للمهتمّين والمعنيّين بالموضوع لتوسيع حلقة النقاش حتى تشمل وجهات النظر المختلفة، بعيداً عن الجمود العقلي أو التمرد النرجسي.

89

دار الطليعة للطباعة والنشر - بيروت